

PSIHOLOGIE - PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de **Simona Reghintovschi**

JEROMES. BLACKMAN

101 apărări

Cum se autoprotejează mintea

Traducere din limba engleză de Iuliana Diaconu



TREI

Editori:

SILVIU DRAGOMIR

VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:

MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:

FABER STUDIO (S. Olteanu, B. Hațeganu, D. Dumbrăvician)

Redactor:

SIMONA REGHINTOVSKI

Director producție:

CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Corectură:

ROXANA SAMOILESCU

ELVIRA ARTIC

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
BLACKMAN, JEROME S.

101 apărări: Cum se autoprotejează mintea / Jérôme S. Blackman;

trad.: Iuliana Diaconu - București: Editura Trei, 2012
Bibliogr.

ISBN 978 - 973 - 707 - 301 - 3

I. Diaconu, Iuliana (trad.)

159.923.2

Această carte a fost tradusă după: 101 Defenses: How the Mind Shields Itself, by Jerome S. Blackman, M.D., Brunner-Routledge, imprint Taylor & Francis, USA-UK

Copyright © 2004 by Taylor & Francis Books, Inc.

Această ediție este publicată prin acord cu Paterson Marsh Ltd.

Copyright © Editura Trei, 2012 pentru prezenta
ediție

C.P. 27 - 0490, București

Tel. /Fax: + 4 021300 60 90

e-mail: comenziedituratrei.ro www.editura trei.ro

ISBN 978 - 973 - 707 - 301 - 3

Cuprins

5 Cuprins

7 Prefață

13 Mulțumiri

15 Introducere

21 I. Concepte generale referitoare la apărări

51 II. Apărări care se formează în stadiile oral, anal și
în primul stadiu genital al dezvoltării psihosexuale

99 III. Apărări specifice perioadei de latență și
adolescenței;

alte tipuri de apărări

181 IV. Utilizarea apărărilor în diagnosticarea
psihopatologiei

223 V. Tehnicile interpretative

265 VI. Diagnosticul diferențial și alegerea
tratamentului

275 VII. Tehnicile terapiei suportive

285 VIII. Apărările în evaluarea tendințelor suicidare

311 Anexa 1: Schizofrenia: Istoricul evoluției
criteriilor diagnostice

317 Anexa 2: Evaluarea forței Eului în diagnostic

319 Anexa 3: Considerații privind diagnosticul
psihanalitic al stadiului de dezvoltare

323 Anexa 4: Scurt istoric al teoriei relațiilor de
obiect

329 Anexa 5: Carmen de Bizet pe divan

337 Postfață: Câteva precizări

341 Note

351 Bibliografie

Prefață

Steve, un pacient în vârstă de 26 de ani, dorea să îi

fie administrat testosteron injectabil pentru a putea funcționa sexual în relația cu soția. El avea un motiv serios pentru această solicitare; cu câteva luni în urmă îi fusese înlăturată chirurgical glanda pituitară, iar acum avea nevoie de terapie hormonală de substituție.

Pe vremea aceea îmi făceam stagiul la secția de medicină internă a spitalului în care Steve fusese internat în vederea monitorizării și ajustării dozelor de hormoni de substituție. La acel moment nu eram prea familiarizat cu psihologia sau apărările, însă într-una din zilele când eram de gardă și am rămas pentru prima oară singur cu Steve, i-am mărturisit că eram curios să aflu de ce își dorea tratamentul cu testosteron injectabil. Mi-a explicat că testosteronul urma să îl vindece de impotență. Pe măsură ce discutam, disconfortul său s-a diminuat și am putut să îmi fac o imagine mai clară cu privire la trecutul său sexual, întrebând dacă problemele sexuale se manifestau și sub forma absenței erecțiilor diurne sau a incapacității de a se masturba.

În acel moment, Steve a suspinat. S-a uitat înspre ușa rezervei pentru a se asigura că era închisă, după care a spus: „Știți, acum că tot vorbim deschis despre asta, există ceva ce ar trebui să vă spun. Adevărul este că am nevoie de injecțiile cu testosteron doar în relația sexuală cu soția. Am o iubită cu care nu am nevoie de injecții pentru a funcționa”.

Steve s-a plâns de faptul că soției nu îi plăcuse niciodată sexul. Aceasta fusese virgină atunci când s-au căsătorit. De la nașterea fiului lor, acum în vârstă de doi ani, actele sexuale deveniseră relativ rare, însă el considera că operația suferită nu avea legătură cu această problemă. Cu toate că își iubea soția, Steve nu știa cum să rezolve problema, problemă pe care, spunea el, soția și-o asumase în întregime. El a exprimat o dorință intensă de a se putea bucura de viața sexuală împreună cu aceasta; sub multe alte aspecte fusese o soție bună – de exemplu, îl ajutase când fusese bolnav.

În ziua următoare, când am intrat de gardă, soția lui Steve se afla lângă patul acestuia. Părea că cei doi discutaseră deja situația. Soția și-a exprimat dorința de a se vindeca de severa inhibiție sexuală și a întrebat cine ar putea să o ajute în acest sens. Am obținut pentru ea câteva nume de profesioniști de la rezidentul în medicină internă care mă superviza direct.

După mulți ani, timp în care mi-am încheiat stagiul în psihiatrie și formarea în psihanaliză, am putut să formulez mai clar ce se întâmplase în cadrul interacțiunilor mele cu Steve. Prin întrebările adresate de mine privind alte manifestări ale problemei sale sexuale, practic l-am „confruntat” 2 (capitolul 5) pe Steve cu diferitele tipuri de apărări pe care le utiliza, printre care: *comportamentul evaziv (mințitul)* (23) 3 în legătură cu impotența sa; *deplasarea* (19) dorințelor sexuale de la soție asupra iubitei; *raționalizarea* (42) și *concretizarea* (52) – găsirea unei scuze, considerând că problema sexuală avea o origine pur medicală. Totodată, prin abordarea suportivă (capitolul 7), am exprimat suficientă considerație, astfel încât Steve să aibă încredere în mine și să îmi vorbească despre formațiunea sa de compromis dezadaptativă (vezi capitolul 1) – *evitarea soției și ascunderea adevărului* față de aceasta pentru a evita sentimentele de vinovăție, *reprimarea* frustrării și *deplasarea* dorințelor sexuale către altcineva.

Cu alte cuvinte, Steve știa că din punct de vedere fizic era potent chiar și fără injecțiile cu testosteron, așa cum o dovedea și activitatea sa sexuală extraconjugală. Cu toate acestea, el se convinsese singur că avea nevoie de injecții pentru a fi potent cu soția; ele ar fi funcționat ca pana magică a lui Dumbo4 (Aberson & Englander, 1941).

Răspunsul pozitiv al lui Steve la confruntarea mea privind apărările a avut ca efect dezvăluirea conflictelor acestuia. În loc să facă tratament cu testosteron injectabil pentru tot restul vieții și să recurgă în vederea gratificării sexuale la contacte sexuale extramaritale ce i-ar fi distrus

căsnicia, el și soția sa puteau acum să accepte problemele lor psihologice și să rezolve conflictele care îi împiedicau să obțină satisfacția sexuală în cadrul relației de cuplu.

Treizeci de ani mai târziu, Dr. C mi-a pus următoarea întrebare: „Chiar ați spune așa ceva? Este atât de agresiv!”. El era locotenent în U.S. Navy⁵, aflat în faza de încheiere a stagiului în psihologie în cadrul Centrului Medical Naval din Portsmouth, VA. Tocmai le explicasem la curs, lui și colegilor săi, faptul că, atunci când în timpul evaluărilor psihologice își puteau da seama că cel evaluat *mințea* cu privire la intențiile sale suicidare, în scopul de a fi trecut în rezervă, îi puteau spune acestuia ceva de genul: „Impresia mea este că nu sunteți sincer cu mine”, după care puteau adăuga: „Și încercați să mă manipulați, pentru a vă da dreptate. Asta înseamnă că nu mă considerați ca fiind terapeutul dumneavoastră; de fapt, încercați să vă folosiți de mine”.

După exclamația dr. C despre cât de „agresiv” sunau aceste intervenții, am subliniat faptul că un *comportament evaziv* (23) și *devalorizarea* (50) sunt *apărări*. Dacă Dr. C l-ar confrunța cu ele, așa cum eu sugeram (vezi capitolul 5), poate că marinarul ar admite că se folosește de ele și, ulterior, ar elabora conflictele pe care până atunci le evitase. Altfel spus, o parte dintre cazurile rezidenților, ce purtau în mod misterios diagnosticul sardonice de „WOOTEN6” („Nu mai vreau să fac parte din marină”), în realitate puteau fi tratate prin terapia psihodinamică, încetând să mai constituie o problemă. În plus, confruntarea apărărilor poate fi utilă și în diagnostic: tipul de psihopați (antisociali) probabil că va continua să mintă, pe când pacienții de tip psihotic grandios îl vor ataca verbal pe dr. C pentru că a îndrăznit să le pună sub semnul întrebării motivațiile.

Oricum, în acest mod dr. C putea evita sentimentul neplăcut de a se simți folosit de către pacient; cel puțin el nu își putea reproșa *pasivitatea* (62) și faptul că i-a permis acestuia să îl *intimideze* (83). Dr. C a agreat sugestia mea

și ulterior a relatat că înțelesese avantajele unei astfel de confruntări a apărărilor în terapia cu o parte dintre pacienții săi WOOTEN, constatând ocazional că unii dintre aceștia puteau fi tratați. El a recunoscut faptul că într-o oarecare măsură echivalase atitudinea de a fi empatic cu pasivitatea, astfel că o abordare directă a pacienților evaluați sau aflați în tratament îi provocase un sentiment de vinovăție.

Mintea omului are o capacitate uimitoare de a inventa mecanisme care să îl protejeze de conștientizarea emoțiilor neplăcute. Aceste mecanisme sunt adesea mascate și operează fără ca individul să le conștientizeze. Datorită modului ascuns de operare al apărărilor, dezvăluirea și înțelegerea potențialelor efecte negative pe care acestea le au poate fi utilă. De exemplu, un individ incapabil să își accepte sentimentele de furie la adresa cuiva apropiat, poate în schimb resimți o ură intensă față de propria persoană. Când acesta ajunge la camera de gardă suferind de depresie severă, capacitatea terapeutului de a aduce în discuție operația defensivă de *întoarcere asupra propriei persoane* (15) se poate dovedi extrem de utilă în prevenirea unei tentative suicidare sau a altor comportamente autodistructive ale pacientului (vezi capitolul 8).

Înțelegerea apărărilor este utilă și în alte situații de viață. Identificarea modului în care un adolescent folosește *minimalizarea* (75) și *comportamentul contrafobic* (44) îi poate ajuta pe părinții acestuia în încercarea de a-l proteja de activități periculoase. Înțelegerea *grandiozității* (63) afișată de un competitor la locul de muncă poate ajuta un manager să obțină un avantaj într-o situație de afaceri concurențială. Confruntarea *negării* (6) și a *raționalizării* (42) este importantă pentru familiile în care există o persoană cu probleme legate de consumul de alcool. A observa mecanismul de *identificare cu obiectul pierdut* (37) este utilă în ajutarea unei persoane îndurerate de pierderea cuiva drag. În ultimul rând, dar cu o importanță

egală, identificarea mecanismelor de *distanțare/evitare* (61) în cadrul unei relații de iubire poate constitui un indiciu că partenerul nu poate fi fidel și statornic în relație, așa cum presupune un mariaj fericit și durabil.

În situațiile clinice, menționarea apărărilor unei tipologii inadecvate de pacienți sau la momentul nepotrivit poate fi, de asemenea, contraproductivă. Aceasta în cazul în care terapeutul poate măcar să identifice apărările, din moment ce acestea operează cel mai adesea inconștient. Iar o intervenție terapeutică ar putea chiar să intensifice anxietatea pacientului.

În această carte am încercat să ofer un cadru teoretic care să explice originile, caracteristicile și cauzele activităților cu rol defensiv, incluzând și un capitol despre diagnosticul diferențial în care este descris tipul de pacienți cu care pot fi utilizate tehnicile interpretative. Există și o secțiune referitoare la descifrarea modului patologic în care apărările sunt folosite. Am inclus capitole distincte despre cum pot fi abordate apărările, pentru ca apoi să se intervină terapeutic în sens suportiv sau interpretativ, în funcție de tipul de tehnică indicat în cazul respectiv. În final, există un capitol despre cum pot fi confruntate apărările, ca o completare la celelalte tehnici utilizate în vederea evaluării tendințelor suicidare.

Mulțumiri J

Dedic această carte numărului mare de studenți aparținând unor discipline diverse, cărora mi-a făcut o deosebită plăcere să le predau timp de peste 28 de ani și care m-au impulsionat să îmi organizez notele de curs sub această formă. Îmi exprim speranța că și publicul larg o va privi ca pe un dialog accesibil privind apărările, la care se adaugă o serie de idei asupra modului în care acestea pot fi utilizate în diagnostic și tratament.

Ca și în privința celorlalte idei valoroase despre modul cum funcționează mintea umană, Sigmund Freud a fost primul care a menționat mecanismele de apărare, în 1894 (!). Însă fiica sa, Anna Freud, a fost prima care a

realizat o listă¹ a acestora, într-un studiu cu caracter de pionierat, intitulat „Eul și mecanismele de apărare” (1936), pe baza materialului clinic provenit de la adulții și copiii cu care a lucrat terapeutic. Îmi exprim, de asemenea, recunoștința profundă față de Percival Symonds, care a reunit un număr de 25 de mecanisme de apărare: *The Dynamics of Human Adjustment*² (1946). Acesta a adunat un număr impresionant de exemple și comentarii referitoare la mecanismele de apărare, provenind de la studenții săi din cadrul Columbia Teachers Collège.

Aș dori să mai mulțumesc și lui Cecilio Panigua, M.D., psihanalist în Madrid, Spania; Janet L. Schiff, L.C. S.W., psihanalist al Societății Freudiene din New York; William R. Goldman, Ph. D., Director al Psychology Internship Training la Eastern Virginia Medical School; Steve Brasington, M.D., Director al Child Psychiatry la Portsmouth Naval Medical Centre; Dr. George Zimmar de la Brunner-Routledge; asistentei mele, Jean Broughton, pentru numeroasele lor sugestii și corecturi pertinente pe marginea manuscrisului; precum și soției mele, Susan; și fiului meu Theodore.

Introducere

Termenul de *apărare* se referă la modul în care mintea împiedică accesul în conștiință al sentimentelor¹. Este bine cunoscut faptul că terapeuții încearcă să înțeleagă sentimentele pacienților. Însă în practică, simpla înțelegere a acestora nu este suficientă pentru a-i ajuta pe indivizi să își depășească problemele. Este necesară și o explicare a motivelor și a modului în care *apărările* inconștiente îi împiedică pe aceștia să intre în contact cu propriile sentimente neplăcute. De fapt, cele mai multe probleme emoționale apar ca urmare a combinării unor afecte problematice cu apărările mobilizate împotriva acestora.

O înțelegere adecvată a acestor afecte și mecanisme de apărare patologice îi poate ajuta pe indivizi să își explice mai bine semnificația și originile

comportamentelor, a simptomelor și atitudinilor iraționale. Această înțelegere îi eliberează adesea pe pacienți de simptome psihiatrice supărătoare (ca de pildă depresiile sau fobiile), ajutându-i să își schimbe viața într-un mod benefic.

Există probabil un număr infinit de apărări - nu doar cele 101 descrise aici. Doi dintre cei mai mari teoreticieni ai psihanalizei, Anna Freud (Sandler & Freud, 1983) și Charles Brenner

(2002 a) au subliniat faptul că aproape orice activitate poate constitui o apărare. Evitarea privirii cuiva poate fi o apărare (Renik, 1978, p. 597). A țipa la cineva poate fi o apărare. A juca golf, la fel. Așa cum și economisirea banilor poate avea această funcție. Sau, cel puțin, putem spune că toate aceste activități pot fi folosite în scop defensiv. Indiferent de activitatea mentală sau de comportamentul manifest, dacă acestea îl protejează pe individ de trăirea unor emoții neplăcute, ele au un rol *defensiv*.

Emoțiile pot fi plăcute sau neplăcute. În general, cele neplăcute stau la baza problemelor cu care se confruntă indivizii, datorită mobilizării unor apărări cu caracter dezadaptativ. Mai concret, afectele care produc neplăcere sunt definite ca având două componente:

O senzație neplăcută, la care se adaugă gândul că ceva îngrozitor este pe cale să se producă („anxietate”) sau că deja s-a întâmplat („afectul depresiv”) (C. Brenner, 1982 a).

Prin urmare, putem acum extinde definiția dată apărării:

Apărările constituie operații mentale care, ca o regulă generală, înlătură din conștiință o componentă (sau componentele) afectelor neplăcute - gândul, senzația, sau ambele.

În diagnostic, conceptele de afecte și de apărări sunt utilizate în explicarea unor fenomene, ca de exemplu uitarea a ceva important, să zicem o întâlnire. În acest caz,

conținutul ideatic este înlăturat din conștiință. Se poate ca individul să își amintească de aceasta după o oră, atunci când ceva îi va „reîmprospăta” memoria; apoi el realizează că nu dorea de fapt să se întâlnească cu persoana respectivă. Altfel spus, conținutul ideatic (ca o componentă a afectului) a fost *păstrat*, fără însă a putea fi *recuperat*. Însă mintea a scurtcircuitat acest gând pentru a-l proteja pe individ de neplăcerea produsă de o rememorare (cealaltă componentă).

Se poate face analogia cu un circuit electric - ce are o sursă potențială de alimentare, becul funcționează, iar circuitul nu este avariât. Cu toate acestea, a fost acționat un întrerupător ce oprește funcționarea, astfel că becul nu luminează. Acest întrerupător ar fi ca o apărare conștientă - „îmi voi scoate asta din minte” sau „Nu vreau să discut despre asta!”. Dacă acest lucru se produce fără intenție conștientă, atunci vorbim de o apărare care operează la nivel inconștient.

Apărările inconștiente sunt de fapt cele care operează asemănător întrerupătoarelor de circuite. Când intensitatea curentului electric devine prea puternică, această creștere ampermetrică acționează întrerupătorul ce produce scurtcircuitarea, iar becul nu se mai aprinde. În mod analog, atunci când intensitatea afectelor (emoții ca furia, anxietatea, depresia sau vinovăția) amenință să „copleșească” funcționarea mentală, un întrerupător mental este acționat: anumite gânduri sunt eliminate din conștiință, adică uitate. La fel ca și întrerupătorul circuitului electric, acest tip de uitare acționează în mod automat.

Din punct de vedere diagnostic, trebuie ținut seama de faptul că pot exista defecte primare la nivelul „becului”. Încercările de remediere a acestora au ca efect construirea unui echilibru psihic fragil, cu elemente deficitare, ce fac ca „becul” doar să „pâlpâie” neregulat (așa cum se întâmplă în schizofrenie). Încercările individului de a repara „becul” sau defectele de conexiune (ca în cazul

mecanismului de *reconstrucție a realității* [78]

datorate unui blocaj prealabil al funcției de testare a realității) pot duce la crearea unor circuite deficitare (deliruri).

La o altă categorie de pacienți - cei cu o organizare a personalității de tip borderline (Kernberg, 1975) - este ca și cum circuitele ar fi conectate, iar becul și sursa de alimentare sunt de asemenea intacte, însă rețeaua de conexiuni nu este totuși capabilă să gestioneze o tensiune intensă, fără ca firele să se topească sau să se declanșeze deconectarea. Lipsa de rezistență a circuitului ar putea fi cauzată de o încălzire cronică datorată unor tensiuni înalte, în același mod cum unii adulți au deteriorat „circuitele” responsabile cu gestionarea afectului, din cauza activării cronice a unei furii și anxietăți extrem de intense, datorate unor lungi perioade de deprivări suferite în copilărie. Prin urmare, în momentele de amplificare a tensiunii, circuitul a cărei rețea suportă doar tensiuni reduse va fi suprasolicitat și va acționa întrerupătorul. La adulții cu personalități borderline, analogia constă în faptul că toleranța limitată la afect a acestora poate determina o tendință de a mobiliza apărările.

În sfârșit, la acei indivizi pe care analiștii îi descriu ca „nevrotici”, toate părțile circuitului sunt intacte, însă întrerupătorul a fost plasat la nivelul circuitului cu ani în urmă, deși în prezent acesta a devenit inutil. Între timp, rețeaua s-a dezvoltat și este mult mai rezistentă la tensiune comparativ cu perioada copilăriei, însă acel întrerupător vechi încă mai poate închide circuitul, chiar dacă în prezent nu mai există niciun pericol real de supraîncărcare.

Sarcina terapeutului constă în a determina natura problemei care afectează circuitele. Aceasta este urmată fie de o reconstruire a „becului”, de dezvoltarea rețelei, de furnizarea de noi întrerupătoare sau, dacă este vorba de nevroză, de găsirea acelor întrerupătoare defectuoase și inutile, pentru a facilita înlocuirea lor cu unele mai realist

adaptate la nevoile unui adult.

Pentru a face lucrurile și mai complicate, unele probleme mentale nu se datorează în principal apărărilor, ci sunt consecințele unei funcționări deficitare la nivelul altor funcții mentale. De pildă, sentimentele îi pot, de asemenea, *copleși* pe indivizi, blocându-le capacitatea de organizare a gândirii și pe cea de concentrare. Reducerea graduală a acestor funcții nu are drept cauză mobilizarea apărărilor (vezi capitolele 4 și 6, iar ca o excepție, *regresia eului* [28] în scop defensiv). Însă atunci când individul întârzie la un curs ce îi displace profund, iar profesorul îl ridiculizează din această cauză, este foarte probabil ca acesta defensiv să *evite* acel curs, și probabil să *provoace pedeapsa* (41) din partea profesorului, pentru a se elibera de vinovăția resimțită.

Atunci când tratați un pacient, este o idee bună să fiți familiarizați cu apărările utilizate în mod frecvent, astfel încât, într-o primă etapă, să le puteți identifica. Ulterior va trebui să decideți dacă îi veți explica acestuia modul cum funcționează apărările patologice – terapia psihodinamică (vezi capitolul 5), sau dacă este suficientă propunerea unor noi apărări mai adaptative – terapia suportivă (vezi capitolul 7). Este de asemenea necesară și o cunoaștere a factorilor ce mobilizează activitatea defensivă. Vom examina aceste aspecte în capitolul 1.

I.

Concepte generale referitoare la apărări

Haideți să recapitulăm definițiile date cu privire la apărare și afectul neplăcut. Odată realizat acest demers, putem continua cu descrierea numeroaselor caracteristici și funcții îndeplinite de apărări.

Definiții date apărărilor și afectelor neplăcute

Apărările sunt operații mentale ce înlătură din conștiință componentele afectelor neplăcute.

Afectele neplăcute includ anxietatea, depresia și furia. Anxietatea se compune dintr-o senzație neplăcută, la care se adaugă gândul că ceva îngrozitor este pe cale să se

producă. Afectul depresiv constă în senzația neplăcută și gândul că ceva îngrozitor deja s-a întâmplat (C. Brenner, 1982 a). Furia include de asemenea o senzație neplăcută și gândul de distrugere a ceva sau a cuiva (C. Brenner, comunicare personală, 1990). Conținutul ideatic al fiecăruia dintre aceste afecte își poate avea sursa în percepții sau în urme mnezice *provenind din orice stadiu de dezvoltare și mergând până în momentul prezent*, și poate avea o bază reală, fantasmată, sau să rezulte din combinarea acestora.

Factorii declanșatori ai apărărilor

Indivizii normali sau cei situați în „limitele normalității” (Hartman, 1939)

La indivizii normali (E. Jones, 1942), un afect foarte intens poate amenința să blocheze (sau să copleșească) funcțiile mentale de gândire, organizare și concentrare. Freud (1926), adoptând o perspectivă mai tehnică, a denumit ca „traumatice” acele afecte ce inhibau gândirea, organizarea și concentrarea, ca funcții ale Eului (Hartmann, 1939).

Doamna AB, în vârstă de 39 de ani, a apelat la terapie datorită unor probleme maritale. Ea a relatat că descoperise cum soțul ascundea marijuana în dulapul de medicamente din baia principală. Pacienta și-a reprimat furia (conștient a refuzat să se mai gândească la asta), așteptând până ce copiii ei de 13, respectiv 15 ani au adormit, după care și-a exprimat față de soț nenumăratele sale neliniști: îngrijorări legate de sănătatea lui, referitoare la consecințele comportamentului său asupra copiilor, privind posibilitatea de a fi arestat sau urmărit în justiție și pericolul de a comite acte necugetate sub influența drogurilor, riscând astfel umilirea în public. Totodată, ea a protestat și în legătură cu exemplul de imoralitate și ilegalitate oferit de către acesta copiilor. Când soțul și-a apărat dreptul de a fuma marijuana, ea a „pierdut” lupta. A început să plângă, încetând să îi mai facă reproșuri.

A doua zi la prânz, în timp ce se afla la un magazin cu articole pentru grădinărit fi alegea flori pentru grădina din fața casei, domnul AB a sunat-o pe telefonul mobil. Ajunsesese acasă fi o aștepta. Ei stabiliseră o „întâlnire sexuală pasională”, în timp ce copiii erau încă la școală. Pacienta uitase complet de întâlnire și s-a simțit vinovată pentru că își dezamăgise soțul.

În acest exemplu, doamna AB la început și-a reprimat (31) (conștient) furia, însă datorită atitudinii nerezonabile a soțului cu privire la îngrijorările sale, sentimentele de furie și deprimare au atins o intensitate „traumatică”. Atunci, ea a mobilizat o serie de noi apărări, fără a fi însă conștientă de acest lucru. A refulat (25) „întâlnirea sexuală pasională”; aceasta a servit atât la descărcarea, cât și la exprimarea furiei (o formațiune de compromis). Totodată a utilizat *identificarea proiectivă* (4) – provocându-i soțului o frustrare intensă, ceea ce a dus la eliberarea propriei frustrări legate de faptul că acesta nu era mai atent la dorințele sale. În urma *identificării cu agresorul* (35), ea a ignorat la rândul său dorințele soțului. Ulterior, i-a respins propunerea sexuală și a *deplasat* (19) interesul asupra unor atribute feminine (florile pentru grădină), reafirmându-și astfel *simbolic* (20) feminitatea. Prin urmare, ea a *refulat* (25) insulta resimțită atunci când soțul nu a luat în considerare îngrijorarea sa. Totodată, pacienta a *izolat* (13) (blocat) trăirile depresive cu privire la relația maritală.

Când i-am subliniat faptul că uitarea întâlnirii cu soțul și preocuparea pentru a alege florile păreau să aibă semnificațiile expuse anterior, doamna AB a putut conștientiza furia și sentimentele de vinovăție resimțite la adresa soțului. Acest conflict dintre furie și vinovăție a stat și la baza adoptării atitudinii *pasive* (62)

În fața argumentelor expuse de către acesta. Câteva zile mai târziu, în ședința următoare, ea a povestit că îi explicase soțului că se simțea furioasă și descurajată cu privire la mariajul lor, datorită încăpățânării lui insistente

de a consuma droguri ilegale, cu efecte autodistructive. Această confruntare l-a determinat pe soț să își reconsidere atitudinea rigidă, mai ales prin prisma impactului potențial al comportamentului său asupra copiilor adolescenți. El și-a cerut scuze și a aruncat marijuana.

Psihoza personalităților borderline

Pe de altă parte, la indivizii psihotici sau cu personalitate de tip borderline, chiar și afectele de o intensitate scăzută pot face să se dizolve funcțiile Eului. Pentru început, trebuie spus că în acest tip de tulburări, toleranța la afect, ca atribut al forței Eului, (Kernberg, 1975) este minimă.

Domnul DB, în vârstă de 25 de ani, fusese sever neglijat de către mamă în perioada copilăriei. Mama le permitea fraților mai mari ai pacientului să îl bată. La aceste abuzuri s-a mai adăugat și faptul că, pe vremea când el era în primii ani de liceu, văzuse cum sora sa se prostitua. Încă de la vârsta de 15 ani, pacientul începuse să consume cantități mari de alcool. Cumularea acestor factori (adică, furia copleșitoare resimțită la adresa fraților, suprastimularea sexuală datorată asistării la actele sexuale ale surorii și modul în care consumul de alcool în adolescență, ca neutralizant al afectelor, i-a inhibat dezvoltarea forței Eului) a făcut ca domnul DB să dezvolte o toleranță la afect extrem de scăzută.

Aflat în prezent la universitate, în momentul în care a fost nevoit să studieze suplimentar, el a devenit atât de furios, încât nu mai era capabil să se concentreze și să își organizeze (integreze) gândurile, ceea ce a condus la o incapacitate de a învăța. Pentru a gestiona furia copleșitoare și afectul depresiv, el o învinovăța în mod defensiv pe prietena sa (învinovățire proiectivă) (5) pentru că îl încurajase să meargă la universitate. În plus, el a adoptat o atitudine grandioasă (63) (credea că îl va reclama pe profesor pentru lipsa imparțialității) și consuma alcool (consumul excesiv de substanțe ca

apărare) (69).

Cu alte cuvinte, datorită deficienței (Eului) privind tolerarea afectelor, un stres produs de o situație cu caracter normativ, de tipul temei suplimentare (ce îl înfură) l-a făcut să devină copleșit de o furie intensă. Atunci au fost mobilizate apărări de o intensitate patologică, cu scopul de a diminua sentimentul de rușine produs de colapsul funcțiilor (Eului) de concentrare și integrare.

Boala nevrotică

La indivizii suferind de boli nevrotice (ce includ fobii, converșii, atacuri de panică, obsesii, compulsii, un anumit grad de impulsivitate, unele tipuri de depresie), forța Eului (vezi Anexa 2) poate fi adecvată. Însă, chiar și în cazul unui afect de o intensitate redusă, acesta poate funcționa ca semnal (Freud, 1926; C. Brenner, 1982 a). Afectul semnal mobilizează apărările în acele situații care îi reamintesc individului, de regulă la nivel inconștient, de situații precedente similare în care s-a simțit copleșit.

Renée, în vârstă de 34 de ani, se simțea panicată. Gândurile exprimate în legătură cu anxietatea sa au condus-o la dorința recentă de a avea copii. Îi era teamă să îi mărturisească această dorință soțului, întrucât inițial cei doi conveniseră să nu aibă copii. Mai mult, Renée nu dorea să devină „dependentă” de veniturile acestuia. Ea a subliniat că în adolescență fusese nevoită să se roage de tatăl său pentru a primi bani de buzunar și că acest lucru îi displicuse profund.

Am subliniat faptul că aparent ea se aștepta ca soțul să fie la fel de zgârcit ca și tatăl său. Renée și-a dat seama că o astfel de caracterizare a soțului era nedreaptă, întrucât el fusese întotdeauna generos cu ea. În urma unei psihoterapii de scurtă durată (timp de câteva luni), Renée a abordat împreună cu soțul discuția cu privire la copii, iar acesta s-a dovedit a fi entuziasmat și fericit. (Pentru o descriere completa a cazului, vezi Blackman, 2001, pp. 174 - 177).

Renée utiliza ca apărări *reticența* (59), *evitarea* (61), și *pseudoindependența* (72) pentru a se proteja de anxietatea datorată *transferului* (79) afectelor în relația cu soțul. Altfel spus, deși anxietatea semnal resimțită în cazul său nu avea o intensitate copleșitoare, aceasta generase apărările cu caracter patologic.

Apărări conștiente versus apărări inconștiente

Blocarea accesului afectelor în conștiință are loc automat, la fel ca și respirația. Indivizii nu sunt de regulă conștienți de modul de reglare al afectivității (apărare inconștientă), deși își pot asuma și un control deliberat asupra acesteia (apărare conștientă). În realitate, apărările operează atât conștient, cât și inconștient; indivizii le pot utiliza atât în mod intenționat, cât și fără să își da seama de acest lucru.

În terminologia psihanalitică, distincția dintre utilizarea la nivel conștient sau inconștient a unei apărări se face uneori prin utilizarea unor termeni diferiți. *Reprimarea* (31), de exemplu, indică uitarea în mod intenționat, în timp ce *refularea* (25) semnifică o uitare inconștientă. În mod similar, *comportamentul evaziv* (23) înseamnă a minți intenționat, în timp ce *confabulațiO:* (24) sugerează o falsificare a adevărului ce apare fără ca persoana să își dea seama de acest lucru. Observați faptul că doamna AB (menționată anterior) inițial și-a reprimat furia; doar ulterior a avut loc *refularea* gândurilor furioase de a-l părăsi pe soț.

Apărări primare versus apărări secundare

La adulți, mecanismele de apărare primare sunt de regulă *refularea* (25) și *izolarea* (13) (afectului). Conform lui C. Brenner (1982 a), toate afectele prezintă două componente: senzații și gânduri. Senzațiile pot fi plăcute sau neplăcute, iar gândurile conștiente sau inconștiente. *Refularea* este termenul dat fenomenului prin care mintea unui individ exclude automat din conștiință sau încearcă să mențină în afara acesteia un conținut ideatic (al unui afect). *Izolarea* se referă la înlăturarea din conștiință a

senzației, dar nu în mod necesar și a gândurilor asociate acestora. Celelalte operații defensive au în general rolul de a susține fie refularea, fie izolarea sau pe amândouă. Kemberg (1975) a făcut o excepție de la această regulă generală, teoretizând că unii indivizi, pe care el îi include în categoria diagnostică a personalităților de tip borderline, utilizează *clivajul* (8) ca apărare primară.

Caracter adaptativ versus dezadaptativ

Majoritatea apărărilor pot fi utilizate atât în mod adaptativ, cât și dezadaptativ. De fapt, probabil că terapeutul ar trebui să îi vorbească pacientului despre o anumită apărare, doar în măsura în care modul de utilizare a acesteia pare a fi unul dezadaptativ. Constelațiile defensive dezadaptative sunt responsabile de apariția obsesiilor, fobiilor și a modurilor defectuoase de adaptare la situațiile externe („ajustarea la mediu” [Hartmann, 1939]). În descifrarea acelor apărări ce stau la baza simptomelor, terapeutul va lua de regulă în considerare aducerea acestora în atenția pacientului – tehnică pe care analiștii o numesc „confruntare” (vezi capitolul 5).

O contabilă nu întâmpina nicio dificultate la locul de muncă, datorită perfecționismului său, a utilizării intelectualizării (45) și insistenței cu care se ocupa în mod ritual (12) de detalii. Cu toate astea, frustrarea soțului în legătură cu perfecționismul acesteia le crea probleme de cuplu. Drept urmare, terapeutul a ajutat pacienta să își dea seama de apărările sale cu caracter obsesional, sugerându-i că în acest mod ea se proteja de o serie de sentimente neplăcute.

Apărări mobilizate în situații de pericol versus apărări cronice

Apărările sunt frecvent utilizate în situațiile de pericol. Individul este confruntat cu amenințarea unui afect care riscă să copleșească Eul (indiferent dacă este una reală sau nu) și din această cauză încearcă să înăbușe acel afect. Cu toate acestea, la unii indivizi operațiile defensive îmbracă o formă cronică, de exemplu îi

învinuiesc întotdeauna pe ceilalți sau vorbesc foarte mult în mod regulat.

Spre exemplu, mobilizarea apărărilor în situațiile de pericol apare la părinții al căror copil și-a secționat accidental degetul în ușa batantă. Aceștia trăiesc o anxietate severă, vinovăție și afecte depresive. Mobilizarea apărărilor împiedică aceste afecte intense să le afecteze judecata, funcția de anticipare, pe cea de testare a realității și activitatea psihomotorie. Tatăl își izolează (13) trăirile neplăcute și se gândește cum să acționeze. Mama ia în calcul pronosticul (intelectualizare) (45). Ambii părinți și-au reprimat (31) teama. Cu calm, tatăl îl duce cu mașina pe copil la camera de gardă, în timp ce mama calmă (comportament contrafobic) (44) păstrează degetul retezat la gheață1.

Ei nu și-au putut permite trăirea sentimentelor de panică și teamă decât atunci când fiul lor a ajuns în siguranță la spital și a fost preluat de doctorul de gardă pentru a-i fi acordate îngrijiri medicale. Apărările au protejat în cazul ambilor părinți funcțiile autonome ale Eului, astfel încât aceștia să poată lua prompt decizia (ceea ce a implicat judecată, anticipare) de a merge la spital (testarea realității), iar copilul a putut fi transportat în siguranță (funcția psihomotorie). Degetul a fost astfel salvat.

Automatisme preconștiente (Hartmann, 1939) sunt grupuri de apărări declanșate cronic în situații cu o semnificație simbolică.

Domnul J, de profesie inginer electronist, m-a consultat pentru că era pe cale să își piardă locul de muncă. El s-a plâns de faptul că avea colegi de serviciu leneși, care încălcau în mod ostentativ regulile. Prin urmare, simțea că era dator să raporteze chiar și încălcările minore ale regulamentelor. Am înțeles curând că pacientul făcea acest lucru într-un mod vehement și foarte ofensator. Când am subliniat faptul că modul său de a-i reclama pe colegi îi făcea pe aceștia să nu îl placă și că

era unul ofensator, el și-a amintit cum în copilărie asistase la situații în care mama sa tolera abuzurile verbale din partea tatălui (pe care pacientul le considera o greșeală de neiertat). Mama îi mărturisise domnului J că și-ar fi dorit să își poată înfrunta soțul.

Domnul J s-a *identificat cu victima* (36), ceea ce l-a determinat să se comporte în modul în care mama sa și-ar fi dorit să o poată face ea însăși (să răspundă în mod activ la nedreptăți). Totodată, el s-a *adiziden tificat* (53) de atitudinea pasivă a acesteia, devenind activ (*transformarea pasivității în activitate* [64]). Ulterior a *transferat* (79) toate aceste sentimente asupra firmei la care lucra (la nivel inconștient văzută ca un tată abuziv), protejându-se astfel de reamintirea furiei intense și a fricii resimțite față de acesta. În plus, pacientul s-a apărat împotriva furiei prin folosirea *identificării cu agresorul* (35): acum domnul J era cel care îi abuza verbal pe ceilalți. Mai mult, el a *deplasat* (19) furia resimțită față de tată asupra celorlalți.

Acest automatism preconștient de confruntare ofensivă, care în cazul său opera cronic ori de câte ori asista la încălcarea unor reguli, includea operațiile defensive de *provocare* (41), *impulsivitate* (68), *disidentificare* (53), *identificare cu victima* (36) și *cu agresorul* (35), *transfer* (79), *deplasare* (19) și *transformarea pasivității în activitate* (64). După o serie de confruntări și interpretări ale acestor afecte și apărări, pacientul a înțeles mai concret comportamentul său inadecvat, fiind astfel capabil să renunțe la acesta și ulterior să găsească și să păstreze un nou loc de muncă.

Mecanisme de apărare versus operații defensive

Anna Freud (Sandler & Freud, 1983) definește „mecanismul de apărare”, de exemplu proiecția, ca mijloc mental folosit împotriva unui afect, cam în același mod în care este folosit un ciocan pentru a bate un cui. „Operația defensivă” este un termen cu caracter mai general, ce include orice alt mecanism utilizat în acest scop, ca de

exemplu folosirea unui pantof pentru a bate cuiul respectiv. Masturbarea, de exemplu, ca activitate destinată obținerii plăcerii sexuale, poate fi utilizată în mod defensiv pentru diminuarea depresiei sau a anxietății (Marcus & Francis, 1975).

Chiar și cel mai complex comportament poate fi utilizat în scop defensiv. Spre exemplu, după ce soția și mama lui Theodore Roosevelt au decedat în aceeași zi a anului 1884, acesta a părăsit New York-ul pentru a duce o viață de cowboy în Badlands, Dakota, pentru mai mult de doi ani (White House, 2002). Această schimbare bruscă de comportament pare să fi fost, cel puțin în parte, o încercare conștientă de face mai suportabil doliul sever (apărare împotriva sentimentelor dureroase).

Într-un alt exemplu, un bărbat ce umbla cu numeroase femei a solicitat medicație antidepresivă, în ciuda faptului că știa că aceasta îi va afecta performanțele sexuale. După ce, la insistențele sale, terapeuta i-a prescris rețeta, aceasta a putut realiza – și interpreta – faptul că pacientul dorea să o determine să îl pedepsească, în vederea eliberării de sentimentele de vinovăție trezite de infidelitățile sale (Blackman, 2003). Cu alte cuvinte, dorința acestuia de a lua medicamentele avea un scop defensiv.

Apărări simple versus apărări caracteriale

Unele mecanisme de apărare sunt simple și prezintă un caracter izolat, ca de pildă *intelectualizarea* (45): la o petrecere, o persoană vorbește despre o carte citită recent, în scopul diminuării anxietății sociale (Slavson, 1969).

Apărările caracteriale au un caracter pervaziv, sunt complexe și se manifestă cronic. Acestea implică adesea și alte aspecte ale funcționării psihice. Un exemplu în acest sens ar fi condescendența în sens negativ 2, ce implică *proiecția* (1), *grandiozitatea* (63), *devalorizarea* (50), *identificarea* (34) și *clivajul* (8). O altă apărare caracterială mai subtilă constă în asumarea rolului de discipol. Mulți

indivizi vor încerca să vadă în terapeuții lor niște guru omniscienți, ca mijloc de evitare a unor afecte dureroase.

Apărări cu rol în rezolvarea conflictelor versus apărări implicate în dezvoltare

Majoritatea apărărilor sunt utilizate pentru gestionarea afectelor determinate de conflictele intrapsihice. Cu toate astea, unele par să aibă un rol esențial în cadrul constituirii structurii psihice normale, acestea nefiind utilizate doar în scopul protejării împotriva afectelor. *Introiecția* (2) acțiunilor părinților cu rol calmant în stadiile de viață timpurii, pe lângă liniștirea izbucnirilor emoționale ale copilului (apărare împotriva acestora), sunt totodată necesare pentru dezvoltarea la copil a forței Eului și a capacității de a tolera afectele (Lustman, 1966; Tolpin, 1971; Kernberg, 1975).

Identificarea cu sistemele de valori ale părinților în timpul perioadei de latență (între 6 și 10 ani) nu are doar rolul de a-l proteja pe copil de teama că va fi pedepsit de către părinți. Totodată, aceasta contribuie și la formarea unei structuri importante: Supraeul (C. Brenner, 1982 a). În realitate, valorile, idealurile și instanța critică (Supraeul) sunt influențate considerabil de identificările ce au loc în decursul vieții. În copilărie și în adolescență, identificările cu profesori, antrenori și figuri media idealizate exercită un efect puternic. În perioada adultă, identificarea cu valorile unor mentori, angajatori sau organizații poate modifica valorile indivizilor. John Dean (1976), în autobiografia sa referitoare la rolul avut în scandalul Watergate, descrie detaliat declinul propriului sistem de valori în perioada adultă, datorită *idealizărilor* (49) și *identificărilor* (34) sale cu Nixon, Haldeman și Ehrlichman.

O apărare mobilizată împotriva altei apărări în plus, apărările pot împiedica conștientizarea oricărui conținut sau funcții mentale ce implică dorințe sexuale sau ostile, remușcări și percepții ale realității. Uneori, o apărare poate chiar împiedica conștientizarea unei alte operații

defensive, așa cum se întâmpla în cazul unui bărbat ce minimaliza folosirea frecventă a *umorului* (51), ca mod de protecție împotriva conștientizării sentimentelor de tristețe.

Greenson (1967) a subliniat faptul că, deși unii pacienți manifestă rezistență la terapie, aceștia nu vor recunoaște acest lucru. El a denumit fenomenul respectiv ca „rezistență la rezistență”, care de regulă apare ca efect al mobilizării apărărilor.

Un bărbat de 35 de ani a întârziat 20 de minute la prima ședință și s-a scuzat spunând că și-a adus aminte de aceasta doar în ultimul moment. Când am încercat să interpretez faptul că uitarea sa putea însemna că se răzgândise cu privire la consultație, acesta a insistat că era „o greșeală lipsită de importanță”. Mai târziu în ședință, după ce și-a reamintit critica și frustrările resimțite la adresa terapeuților săi anteriori, am putut să fac comentariul just că îi era mai ușor să se gândească la faptul că uitarea programării cu mine era ceva neînsemnat, decât să fie nevoit să își înfrunte teama că l-aș putea dezamăgi, la fel ca și ceilalți terapeuți.

Organizarea în formațiuni

Apărările apar de regulă în grupuri sau constelații. (Vezi și capitolul 4). Constelațiile defensive tipice pot să apară în următoarele stări patologice:

1. Psihopatia criminală (incluzând criminali și alte categorii antisociale): *comportamentul evaziv* (23), *învinovățirea proiectivă* (5) și *raționalizarea* (42):

„Nu am ucis-o. Nici măcar nu o cunoșteam. Procurorul districtual a spus că dacă îmi voi recunoaște fapta, voi fi închis și astfel nu voi ajunge pe scaunul electric – acesta este singurul motiv pentru care am depus mărturie. Pe de altă parte, am fost atât de revoltat când m-au arestat, încât nu am știut ce să spun...”

2. Organizarea specifică personalității de tip borderline: *negarea* (ba), *identificarea proiectivă* (4), *idealizarea* (49), *dediferențierea* (7), *devalorizarea* (50),

grandiozitatea (63) și clivajul (8):

„Soțul meu este un idiot! Nu este ca Steve, un om minunat, care îmi înțelege nevoia de a avea doi bărbați în viața mea. Steve îmi spune ce să fac, iar eu îl ascult pentru că îi dau dreptate. Soțul poate să mă pupe undeva! Voi petrece acest sfârșit de săptămână cu Steve, iar soțul poate să aibă grijă de copii! De ce să nu dețin și eu controlul măcar o dată? De ce îmi doresc să mor?”

3. Isteria a) Subtipul histrionic: *refularea (25), înlocuirea unui afect prin altul (57), socializarea (46), dramatizarea (67), transferul (79), inhibarea funcției Eului (48) și logoreea (60):*

O nouă pacientă deschide prima sedință spunând: „Este minunat să vă întâlnesc, Dr. C! Știu că soțul dumneavoastră este contabil la Anderson. Trebuie să fi fost atât de greu să treceți prin acel scandal! Ce problemă mă aduce? Este atât de jenant... Chiar trebuie să vorbim despre asta? Sunt sigură că ați auzit lucruri mult mai grave... Păreți așa de calmă și de înțeleaptă!”

b) Subtipul conversiei: *refularea (25), simbolizarea (20), somatizarea (65):*

După o ceartă aprigă cu soția, un bărbat începe să își simtă brațele lipsite de putere.

c) Subtipul fobie: cele descrise la 3 a sau 3 b, la care se adaugă și *proiecția (1), deplasarea (19), simbolizarea (20) și evitarea (61) (vezi capitolul 4).*

4. Tulburările obsesionale: *proiecția (1), deplasarea (19), simbolizarea (20), concretizarea (52), izolarea (afectului) (13), formațiunea reacționată (11), anularea retroactivă și ritualurile (12), perfecționismul, hiperpunctualitatea, zgârcenia, intelectualizarea (45), raționalizarea (42), hipercriticismul propriei persoane și al altora (15) și inhibarea judecății critice (48).*

5. Depresiile: *întoarcerea furiei și/sau a criticismului asupra propriei persoane (15), formațiunea reacțională (11), regresia libidinală orală (27), inhibarea funcțiilor Eului (cea psihomotorie și vorbirea) (48), provocarea*

pedepsei (41), identificarea cu victima (36) și identificarea cu obiectul pierdut (37).

Momentul apariției în procesul dezvoltării

Multe dintre mecanismele de apărare se formează în copilărie, în timpul unui stadiu specific al dezvoltării. La adulți, majoritatea apărărilor pot fi folosite în diferite combinații, independent de stadiul în care acestea au apărut. Cu alte cuvinte, un adult poate folosi combinat: *logoreea (60) și intelectualizarea (45)* (ce apar în perioada de latență), *actul sexual ca apărare (stadiul genital adult), identificarea cu obiectul idealizat (34)* (adolescență) și *învinovățirea proiectivă (5)* (stadiul anal), după cum urmează:

Un bărbat suferind de depresie convinge, cu vorbe măgulitoare (logoree), o femeie să facă sex cu el (actul sexual ca apărare), comportându-se plin de „nonșalanță”, așa cum văzuse la fratele său mai mare (identificarea cu obiectul idealizat), ceea ce îl face să se simtă mai puțin deprimat. În momentul în care partenera vrea să rămână la el peste noapte și să ia împreună micul dejun în dimineața următoare, el o acuză pe aceasta că este dependentă patologic de el (învinovățirea proiectivă și proiecția).

Formațiunea de compromis sau „principiul funcției multiple”.

(Waelder, 1936; C. Brenner, 1982 a, 2002)

Pe lângă faptul că operația defensivă împiedică conștientizarea unui aspect al funcționării mentale (de regulă un afect), *apărarea în sine* poate avea și alte semnificații, aceasta servind deopotrivă la realizarea altor funcții psihice. De exemplu, atunci când individul se *identifică* cu o persoană pe care o admiră (un obiect idealizat), el își diminuează vinovăția trezită de rivalitatea ostilă în raport cu aceasta și totodată își gratifică dorința de a fi ca individul respectiv. Prin urmare, din punct de vedere teoretic, pe lângă faptul că apărarea este o *componentă* a unei formațiuni de compromis (structură

mentală complexă, ce constituie simultan o expresie a afectelor și o apărare împotriva acestora), apărarea în sine reprezintă o formațiune de compromis.

Acest principiu este util în lucrul cu pacienții. De exemplu, să spunem că îi interpretați unei paciente faptul că tăcerea sa este rezultatul unei identificări cu mama, cu rolul de a evita sentimentele de furie pe care le nutrește față de aceasta. Pacienta răspunde: „Și pe dumneavoastră vă deranjează că nu vorbesc?” În acest exemplu, *identificarea* (tăcerea) pacientei nu doar că o apără de propria ostilitate, ci are simultan și rolul de a vă provoca, ca expresie a ostilității sale.

Rezumat

Apărările sunt operații mentale ce împiedică de regulă accesul în conștiință al diferitelor idei, dorințe intense, emoții sau chiar al altor apărări; uneori, anumite apărări, cum ar fi idenți - ficarea, pot fi implicate și în dezvoltarea structurii psihice normale. Apărările pot fi activate atât de afecte cu o intensitate normală, la acei indivizi la care forța Eului este deficitară, cât și de afecte semnal sau de cele traumatice. Apărările pot fi folosite în mod conștient sau inconștient și pot fi adaptate la mediu sau înalt dezadaptative. Acestea sunt adesea puse în funcțiune atunci când există o situație de pericol, însă pot de asemenea să se cronicizeze, caz în care duc la formarea unor simptome nevrotice (anxietate și depresie). Atunci când se organizează în formațiuni specifice, aceste constelații defensive stau la baza numeroaselor tulburări psihice, în baza principiului funcției multiple: apărările sunt parte a soluției găsite la conflictele intra-psihice; totodată, ele constituie în sine formațiuni de compromis.

Având în vedere aceste concepte generale referitoare la operațiile defensive, putem trece mai departe, în capitolele 2 și 3, la definirea celor 101 apărări întâlnite în mod frecvent. Ulterior, vom aborda modul în care teoria apărărilor este folosită în diagnostic, pentru evaluarea adecvării pacientului la o anumită formă de terapie, în

cadru tehnicilor suportive și dinamice, și în determinarea riscului suicidal.

Scurte definiții ale celor 101 apărări, în ordinea aproximativă a apariției acestora în procesul de dezvoltare

Faza orală (0-3 ani)

1. Proiecția (Freud, 1894; Wilick, 1993) - Atribui propriile conținuturi psihice altcuiva.

2. Introiecția (Freud, 1917; A. Freud, 1936, 1992; Sandler, 1960; Meissner, 1970; Volkan, 1976) - îți formezi o imagine a unei alte persoane.

3. Halucinația (Garma, 1969; Arlow & Brenner, 1964) - Vezi sau auzi lucrurile la care încerci să nu te gândești - dorințe, comentarii, fantasmă sau critici - fără testarea realității.

Faza anală (1, 5 - 5 ani)

4. Identificarea proiectivă (Kernberg, 1975) - Trei accepțiuni comune în care acest termen este utilizat:

a. Proiectezi atât de mult din tine însuși asupra altcuiva încât îl distorsionezi masiv.

b. Trezești în celălalt afectele neplăcute pe care le simți („suferința iubește compania”).

c. Trezești în altcineva afectele neplăcute pe care le simți și te porți ca persoana care te-a făcut să te simți atât de rău.

5. Învinovățirea proiectivă (Spruiell, 1989) - învinovățești pe nedrept pe altcineva pentru propria problemă.

6. Negarea (A. Freud, 1936; Moore & Rubinfine, 1969) - se presupune că ai perceput realitatea (simțul realității este intact):

a. *Negarea per se*: Dezavuarea unui fapt real, în ciuda dovezilor clare ale existenței acestuia.

b. *Negarea prin act*: *Comportament* cu semnificație simbolică: „Această realitate neplăcută nu există!”

c. *Negarea prin fantasmă*: Menținerea unor *convingeri eronate*, astfel încât nu este nevoie să accepți realitatea.

- d. *Negarea prin cuvânt*: Folosești *cuvinte speciale* prin care îți menții convingerea eronată despre o realitate.
7. Dediferențierea (fuziunea Sinelui cu obiectul) (Mahler, 1968) - Te comporti așa cum vrea altcineva să fii.
8. Clivajul (Kernberg, 1975) - Vezi anumiți oameni complet ostili (McDevitt, 1985), în timp ce alții sunt complet afectuoși. Sau urăști acum răul pe care l-ai iubit.
9. Animismul (Freud, 1913; Mahler, 1968) - Atribui calități umane unor entități neumane.
10. Deanimarea (Mahler, 1968) - Persoana pe care o vezi nu e om, deci nu ai de ce să te îngrijorezi.
11. Formațiunea reacționată (A. Freud, 1936; Gorelik, 1931) - Simți opusul (de exemplu, este atât de amabil încât nu îți poți exprima furia).
12. Anularea retroactivă și ritualurile - Te opui conștiinței (Supraeului). Sau faci ceva pentru care te simți vinovat, după care ispășești prin autopedepsire printr-un alt act simbolic.
13. Izolarea (afectului) (C. Brenner, 1982 a) - Nu ești conștient de trăirile produse de afecte.
14. Externalizarea (Glover, 1955) - Crezi că „societatea” te va critica, când de fapt *tu* te simți vinovat.
15. Întoarcerea asupra propriei persoane (Freud, 1917; A. Freud, 1936) - Ești furios pe altcineva, dar îți faci rău ție însuși/te sinucizi.
16. Negativismul (Levy & Inderbitzin, 1989) - Refuzi să cooperezi și ai o atitudine condescendentă față de ceilalți.
17. Compartimentarea gândirii (Freud, 1926) - îți inhibi capacitatea de a face conexiuni.
18. Agresivitatea ostilă (Symonds, 1946; McDevitt, 1985) - Intri în dispute cu ceilalți, pentru a-ți ascunde sentimentele neplăcute.
- Primul stadiu genital (2 - 6 ani)
19. Deplasarea (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964) - Simți ceva față de o persoană, dar muți sentimentele către o altă persoană sau situație.

20. Simbolizarea (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964) - Acorzi o semnificație irațională unui anumit aspect al funcționării mentale.

21. Condensarea (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964) - Combini idei disparate, cu caracter contiguu.

22. Formarea iluziilor sau reveria (Raphling, 1996) - Vizualizezi conștient un scenariu plăcut sau neplăcut, despre care știi că este o fantasmă.

23. Comportamentul evaziv (Karpman, 1949) - Minți intenționat, cu un scop.

24. Confabulația (Spiegel, 1985; Target, 1998) - Minți fără să știi, pentru a-ți ridica stima de sine.

25. Refularea (Freud, 1923; Arlow & Brenner, 1964) - Uiți gândurile fără să vrei.

26. Halucinația negativă (Wimer, 1989) - Nu vezi ceva ce te supără și se află chiar în fața ta.

27. Regresia libidinală [Regresia psihosexuală] (Freud, 1905, 1926) - Te temi de sexualitate și competitivitate, astfel că devii dependent (oral) sau încăpățânat (anal).

28. Regresia Eului - acest termen este utilizat în trei accepțiuni:

a. *Perturbarea unei funcții*: Funcția sau forța Eului nu mai operează, astfel încât nu poți simți ceva neplăcut.

b. *Întoarcerea la moduri de apărare mai primitive*: Pui în funcțiune mecanisme de apărare specifice unui stadiu anterior de dezvoltare.

c. *Operații defensive ineficiente*: Apărările nu reușesc să blocheze afectele neplăcute, iar eșecul acestora îi trezește individului vinovăție, de care se eliberează prin autopedepsire.

29. Regresia temporală - Acorzi o atenție specială unor perioade anterioare, evitând astfel conflictele actuale.

30. Regresia topică (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964) - Visezi pentru a evita o realitate dureroasă.

31. Reprimarea (Werman, 1985) - încerci deliberat să uiți ceva.

32. Identificarea cu o fantasmă - Te porți ca eroul favorit.

33. Identificarea cu dorințe/fantasme parentale conștiente sau inconștiente (Johnson & Szurek, 1952) - Faci ce îți interzic părinții, pui în act dorințele acestora inacceptabile, pentru care ești pedepsit.

34. Identificarea cu o imagine sau cu un obiect idealizat (Carlson, 1977) - Gândești și te porți ca o persoană considerată a fi remarcabilă.

35. Identificarea cu agresorul (A. Freud, 1936) - Te porți abuziv față de o persoană pentru că altcineva s-a comportat abuziv cu tine. Astfel te protejezi de sentimentele de furie.

36. Identificarea cu victima (MacGregor, 1991) - Te porți ca altcineva fie permițând un abuz, fie căutând să fii victimă. Faci asta fie din dorința de a salva, fie pentru a respinge propria furie sau vinovăție.

37. Identificarea cu obiectul pierdut (Freud, 1917) - Te porți ca o persoană iubită pe care ai pierdut-o. Dacă păstrezi survenire și nu ești îndurerat, „se instaurează doliul patologic” (Volkan, 1987 a).

38. Identificarea cu introiectul (Sandler, 1960) - Acesta devine parte a Supraeului individului.

39. Seducerea agresorului (Loewenstein, 1957) - Seduci sexual sau flatezi pe cineva, pentru a te elibera de frică.

Stadiul de latență (6 - 11 ani)

40. Sublimarea (A. Freud, 1936) - Te angajezi într-o activitate care la nivel simbolic reprezintă o fantasmă.

41. Comportamentul provocator (Freud, 1916; Berliner, 1947; C. Brenner, 1959, 1982 a) - îi determini pe ceilalți să facă sex cu crine, să te pedepsească sau ambele.

42. Raționalizarea (Symonds, 1946) - Găsești scuze pentru a te elibera de tensiune, de regulă în urma negării unei realități.

43. Ruminarea mentală - „Analizezi excesiv” sau „gândești în gol”, încercând astfel să îți rezolvi problemele.

44. Comportamentul contrafobic (Bios, 1962, 1979) - Faci exact lucrurile de care îți este teamă.
45. Intelectualizarea (A. Freud, 1936) - Te cramponezi de o teorie particulară pentru explicarea unui comportament.
46. Socializarea și distanțarea (Sutherland, 1980) - îți folosești abilitățile sociale pentru a te distra de la gândurile dureroase.
47. Investirea pulsională a unei funcții a Eului (Hartmann, 1953) - Atașezi unei funcții a Eului o semnificație simbolică (de exemplu, „Spălatul vaselor este o treabă pentru femei”, echivalând irațional o anumită activitate cu apartenența la unul dintre sexe).
48. Inhibarea unei funcții a Eului (Freud, 1926) - Funcția Eului investită pulsional intră în conflict cu sentimentele de vinovăție, și prin urmare, o blochezi (de exemplu, nu poți citi, pentru că cititul este echivalat cu o activitate sexuală interzisă [Antony, 1961]).
49. Idealizarea (Kernberg, 1975; Kohut, 1971) - Supraevaluezi pe cineva datorită:
- a. narcisismului (Freud, 1914): pentru diminuarea rușinii privind propria inadecvare
 - b. narcisismului (Kohut, 1971): Contopești persoana cu imaginea supraestimată a propriului sine („Obiectul sinelui”)
 - c. iubirii: pentru a nu fi dezamăgit
 - d. transferului (Freud, 1914): acesta este văzut ca un părinte foarte iubit în copilărie.
50. Devalorizarea - îl desconsideri pe celălalt, pentru menținerea sentimentului propriei valori.
- Perioada adolescenței și după - al doilea stadiu genital (de la 13 ani la 20 +)
51. Umorul (Zwerlling, 1955; Vaillant, 1992) - Obişnuiești să glumești, pentru a evita să te gândești la sentimentele dureroase. Dacă devii extrem de excitat, ești *hipomaniacal* (Lewin, 1950; Almansi, 1961).
52. Concretizarea (Bios, 1979) - Nu mai folosești gândirea abstractă (care nu este afectată); dai vina pe un

„dezechilibru chimic” sau cauți să descoperi un virus, pentru a evita să te gândești la relații, și să te superi.

53. Disidentificarea (Greenson, 1968) - încearci din răspuțeri să nu fii ca unul dintre părinți.

54. Constituirea grupului (Freud, 1921) - Cauți compania unui grup, pentru a se apăra de pulsuniile sexuale.

55. Ascetismul (A. Freud, 1936) - Eviți contactul cu semenii.

56. Alegerea de obiect unisexuală - „Amicul/amica” de același sex îți diminuează anxietățile privind excitarea heterosexuală.

Alte tipuri de mecanisme de apărare

57. Un afect versus altul (Ackerman & Jahoda, 1948) - Acorzi atenție unei emoții pentru a evita alta.

58. Hiperabstractizarea - Teoretizezi excesiv. Dacă la aceasta se adaugă negarea și reconstrucția realității, este probabil vorba de o tulburare psihotică.

59. Reticența - Refuzi să vorbești, pentru a evita să fii prins.

60. Logoreea - Vorbești foarte mult, fără însă a fi circumstanțial sau tangențial.

61. Evitarea - Ocolești anumite situații, datorită conflictelor trezite de acestea.

62. Pasivitatea - Adopti în mod automat o atitudine îngăduitoare sau supusă atunci când ești agresat.

63. Grandiozitatea/Omnipotența (Freud, 1913; Kohut, 1971; Kemberg, 1975; Lachman & Stolorow, 1976; Blackman, 1987) - Ești darul lui Dumnezeu pe pământ și ai puteri speciale.

64. Transformarea pasivității în activitate - „Nu mă puteți concedia; îmi dau demisia!” Controlezi momentul producerii propriei victimizări.

65. Somatizarea (Kemberg, 1975; Deutsch, 1959) - Acorzi o atenție specială propriului corp, pentru a evita conflictele legate de pulsuniile orale, sexuale sau agresive.

66. Normalizarea (Alpert & Bernstein, 1964) - Te

convingi singur că ești normal, în ciuda psihopatologiei evidente.

67. Dramatizarea – Pui emoție în cuvinte, pentru a reduce conflictul legat de faptul de a fi observat.

68. Impulsivitatea (Lustman, 1966) – Te folosești de sex, de mâncat sau de ostilitate pentru a te elibera de o tensiune sau un afect neplăcut.

69. Consumul excesiv de substanțe (Wurmser, 1974) – Consumi diferite substanțe pentru a scăpa de afectele neplăcute.

70. Comportamentul adeziv (Schilder, 1939) – Te agăți de o persoană care te respinge.

71. Lamentarea – Prin exprimarea nemulțumirilor, nu vezi caracterul infantil al dorinței de a fi îngrijit.

72. Pseudoindependența – Devii „Călărețul singuratic”, fără a le permite celorlalți să te ajute.

73. Altruismul patologic (A. Freud, 1936) – Reprezintă de fapt o proiecție și identificare cu victima: îți negi dorințele orale intense și le proiectezi asupra celui în nevoie, simțindu-te îngrijit în mod indirect.

74. „Inducerea” (Calef & Weinshel, 1981; Dorpat, 2000) – îl faci pe celălalt să simtă sau să creadă că are o tulburare psihică.

75. Minimalizarea – Deși conștientizezi o realitate dureroasă, îi atribui acesteia o importanță redusă.

76. Exagerarea (Sperling, 1963) – Faci prea mult caz într-o situație.

77. Generalizarea (Loeb, 1982) – Pentru a nu urî o persoană, o vezi drept parte a unui grup diabolic.

78. Reconstrucția realității (Freeman, 1962) – Reinventezi o situație, după ce în prealabil ai negat realitatea acesteia.

79. Transferul (Freud, 1914 b; A. Freud, 1936; Loewenstein, 1957; Marcus, 1971, 1980; Blum, 1982) – Deplasezi amintirile cu privire la situații și relații trecute asupra cuiva din prezent. Ulterior, mobilizezi vechile apărări pentru a uita sau controla experiențele trecute,

prin repetarea lor simbolică sau modificarea finalului acestora.

80. Disocierea - (1) Uیi un aspect al propriei personalităi. Dacă îi dai un nume, de pildă Butch, ești probabil psihotic (Frosch, 1983; Gardner, 1994). (2) îl determini pe celălalt să te caracterizeze, după care respingi opiniile acestuia (Whitmer, 2001).

81. Fotofobia (Abraham, 1913) - Eviți lumina, evitând de fapt propriile dorințe scotofilice (voaierism).

82. Apatia (Greenson, 1949) - îi lipsește interesul pentru a desfășura o activitate.

83. Intimidarea celorlalți - comportamentul agresiv tiranic (Knight, 1942; Blackman, 2003) - îi pui pe ceilalți în gardă, pentru a te elibera de propria anxietate.

84. Compensarea deficiențelor (Ackerman & Jahoda, 1948) - îi respingi pe cei cu o personalitate mai integrată decât a ta.

85. Ticul psihogen (Aarons, 1958) - Spasmul ca descărcare a tensiunii/furiei.

86. Introspecția (Kohut, 1959; Fogel, 1995) - Te cufunzi într-o stare meditativă, pentru a te elibera de tensiune sau pentru a evita realitățile externe.

87. Acordul rezervat (Abend, 1975) - îi dai parțial consimțământul, pentru a evita o atitudine rebelă.

88. Investirea pulsională a unei deficiențe a Eului (Blackman, 199 la) - Pui deficiența privind toleranța la afecte sau controlul pulsional pe seama apartenenței la unul dintre genuri (masculin sau feminin).

89. Inautenticitatea (Akhtar, 1994) - Te prefaci, probabil din obișnuință.

90. Hiperrationalitatea (Spruiell, 1989) - Folosești procesele secundare pentru a evita afectele.

91. Imprecizia (Paniagua, 1999) - Ascunzi detaliile.

92. Hiperestetismul (Paniagua, 1999) - Ești preocupat de ideea de adevăr și frumos, pentru a evita realitatea sau afectele.

93. Locvacitatea - Individul vorbește cu ușurință, dar

nu crezi prea mult din ceea ce spui.

94. Violența fizică (Glasser, 1992) - „Anulezi obiectul”, pentru a-ți opri ura.

95. Identificarea cu obiectul lezat (Kitayama, 1991) - Te modelezi după „păsările rănite” pe care le-ai cunoscut (și uneori, iubit).

96. Regresia formală (Freud, 1900 a; Blum, 1994 b) - Nu îți mai folosești gândirea logică, orientată temporal.

97. Hipervigilența - Ești cu ochii în patru, chiar și atunci când nu e necesar.

98. Deplasarea temporală într-o situație ipotetică viitoare (Akhtar, 1996) - îți imaginezi cum ar fi „dacă...” sau „într-o bună zi...”

99. Extenuarea - Te simți obosit, fără a avea o afecțiune fizică.

100. Franchețea (Feder, 1974) - Ești onest și tăios, pentru a ascunde adevăratele gânduri și sentimente.

101. Transformarea autocriticii în criticarea obiectului

— Îl critici pe celălalt, pentru a nu te critica aspru pe tine.

II.

Apărări care se formează în stadiile oral, anal și în primul stadiu genital al dezvoltării psihosexuale

Haideți să recapitulăm regula generală: Apărările sunt operații mentale prin care sunt înlăturate din conștiință componente ale afectelor neplăcute. (Afectul este termenul psihanalitic utilizat pentru emoție).

În examinarea următoarelor definiții, rețineți faptul că *orice apărare poate avea ca scop diminuarea intensității oricărui afect*, prin împingerea în inconștient a unei componente a acestuia. Mai mult, cel mai frecvent veți regăsi *grupuri de apărări care acționează simultan*.

De asemenea, rețineți și faptul că pentru a avea un tablou complet asupra funcționării mentale, este necesară și evaluarea altor aspecte diferite de apărări, ca de pildă: activitatea pulsională (actul de hrănire, activitatea sexuală

și agresivitatea); afectivitatea (anxietatea, depresia, vinovăția, rușinea, plăcerea, furia); activitatea Supraeului (tendențele la auto-pedepsire, valorile, idealurile, încrederea pe care o prezintă individul, punctualitatea, responsabilitatea); funcționarea autonomă a Eului (integrarea, gândirea logică, vorbirea, percepția, testarea realității, abstractizarea, autoobservarea, judecata, pasiunile din timpul liber și aptitudinile [interesele Eului]): forța Eului (toleranța la afect, controlul pulsional, capacitatea de conținere a fantasmelor) (vezi Anexa 2); și capacitatea de a stabili și menține relații de obiect (empatia, căldura umană, încrederea, sentimentul identității, apropierea emoțională și stabilitatea în relații) (vezi Anexa 3).

Simptomele mentale patologice (ca de exemplu halucinațiile, fobiile, compulsiile și conversiile) apar datorită modurilor în care pulsunile, afectele, Supraeul, forța Eului și diferitele funcții autonome ale acestuia, relațiile de obiect și apărările intră în conflict unele cu altele. Modul final în care sunt rezolvate aceste conflicte diverse este denumit „formațiune de compromis”. În cazul tulburărilor psihice, vorbim despre „formațiuni de compromis patologice” (C. Brenner, 2002). Vom studia mai detaliat formațiunile de compromis în capitolele următoare (vezi și capitolul 1).

În multe dintre exemplele1 clinice care urmează nu este implicată doar o singură apărare; cu toate acestea, am încercat să aleg exemple care ilustrează cu precădere apărarea aflată în discuție, în următoarea listă, apărările sunt aproximativ grupate după stadiul de dezvoltare psihosexuală în cadrul căruia se formează. Însă aceasta nu înseamnă că, după încheierea stadiului respectiv, apărările încetează să mai funcționeze. În realitate, adulții pot utiliza orice combinație de astfel de apărări. Am optat pentru descrierea apărărilor într-un limbaj familiar, adesea prin folosirea adresării directe (de exemplu, *identificarea cu agresorul* înseamnă că le faci celorlalți ceea ce la rândul

tău ai suferit), întrucât am constatat că în general acesta este un stil mai accesibil atât pentru cititor, cât și pentru autor.

Stadiul oral (între 0 și 3 ani)

1. Proiecția (Freud, 1894; Willick, 1993)

Atribui reprezentării mentale a celuilalt propriile afecte, pulsuni sau dorințe, distorsionând modul în care îl vezi pe acesta.

Dacă există și o deficiență în testarea realității, rezultatul va fi o „proiecție de tip psihotic”. Mecanismul proiecției este intensificat de deficiențele privind diferențierea dintre sine și obiect. Efectul dăunător rezidă, în parte, în tendința indivizilor de a proiecta asupra unui grup acele trăsături care le displac la propria persoană³.

Doamna D a relatat că se gândea că șeful său fusese furios pe ea în ziua precedentă. Ea mi-a explicat că acesta o rugase să pregătească o scurtă notă informativă pe care să i-o aducă cât mai repede posibil. Acest lucru era dificil de realizat, datorită celorlalte sarcini de care ea trebuia să se ocupe în acea zi. Prin urmare, a predat nota mai târziu decât sperase. Deși șeful său nu indicase în mod expres că ar fi fost deranjat de această întârziere, a stat trează toată noaptea, făcându-și griji că îl înfuriase pe acesta.

După o discuție scurtă, a devenit evident că ea era cea care se înfuriase pe șef, considerând că era nedrept ca acesta să aștepte o rezolvare rapidă a sarcinii privind nota informativă, în condițiile în care știa că ea avea de îndeplinit și alte sarcini. Pacienta a proiectat propria furie asupra șefului, imaginându-și că acesta era furios pe ea.

RECOMANDARE

De regulă, este mai bine ca proiecția să fie confruntată devreme în cadrul terapiei, astfel încât pacientul să poată înțelege modul în care aceasta funcționează. În caz contrar, în mintea pacientului pot persista deformări importante, în special cu privire la dumneavoastră, ca terapeut. Unui pacient care începe sesiunța întrebându-vă: „Ați avut o zi proastă?”, i-ați putea

răspunde, de exemplu, „Poate că acest lucru vi s-a întâmplat *dumneavoastră*, dar ați prefera să vă gândiți că eu am avut o zi proastă”.

Acest lucru devine și mai important, atunci când pacientul întreabă: „De ce mă priviți ciudat?”, iar răspunsul dumneavoastră imediat ar trebui să fie ceva de genul: „Aveți poate doar impresia că vă privesc așa. Oricum, observ că dumneavoastră vă uitați la mine în acest mod. Se pare că îmi atribuiți mie ceva ce, de fapt, dumneavoastră gândiți sau simțiți”. Pacientul care are capacitatea de a înțelege acest tip de confruntare a mecanismului său de apărare va fi de departe mult mai adecvat să urmeze o terapie bazată pe insight.

2. Introiecția (Freud, 1917; A. Freud, 1936, 1992; Sandler, 1960; Meissner, 1970, 1971; Tolpin, 1971; Volkan, 1976)

Construiești o imagine a unei alte persoane, cu ajutorul funcțiilor Eului de percepție, memorare și integrare; cu alte cuvinte, vezi persoana, îți amintești ceea ce ai văzut, după care organizezi acele percepții și amintiri. „Reprezentarea mentală” (denumită și „introiect” sau „reprezentarea obiectului”) astfel formată, poate fi ulterior utilizată ca suport mental pentru fantasme și afecte.

Introiectul este adesea considerat ca o componentă a „structurii psihice”. Există credința că acțiunile mamei în decursul primului an de viață, cu efect calmant asupra bebelușului, sunt într-o oarecare măsură încorporate de acesta (*introiectate*) și că ulterior bebelușul continuă gradual să își introiecteze mama, dezvoltând astfel capacitatea de autoliniștire. Prin urmare, din punct de vedere teoretic, introiecțiile contribuie la dezvoltarea capacității de autocontrol și amânare a satisfacerii (ce țin de forța Eului), iar în particular la dezvoltarea toleranței la afect și a controlului pulsional (Lustman, 1966). (vezi Anexa 2.)

Când introiecția este utilizată în scop defensiv

(pentru a ține la distanță afectele), aceasta înseamnă că individul se comportă ca imaginea mentală pe care o are despre celălalt. Unii analiști definesc *identificarea* drept o aglomerare mai stabilă de introiecții (Meissner, 1970, 1971). Schäfer (1977) a explorat vicisitudinile acestor procese de *internalizare*⁵.

Domnul Z. avea în mod repetat gânduri suicidare, ce apăreau după ce tatăl îl critica cu sadism. Am interpretat faptul că el nutrea de fapt gânduri criminale la adresa tatălui, însă datorită dependenței față de acesta, întorcea furia asupra propriei persoane; aceasta era cauza gândurilor sale suicidare. Domnul Z. Întreținea cu plăcere fantasma că prin sinuciderea sa îi va distruge tatălui cariera politică, iar acesta va fi umilit în presă. Cu toate astea, pacientul a acceptat interpretările mele că sinuciderea nu era decât un mod de autopedepsire, care nici nu i-ar fi oferit satisfacția de a-l vedea pe tată demisionând din moment ce Domnul Z ar fi fost deja mort.

Câteva săptămâni mai târziu, tot într-o luni dimineață, când am ajuns la cabinet, am găsit un mesaj lăsat de domnul Z. pe robotul telefonic, ce suna astfel: „Domnule Dr. Blackman, este vina dumneavoastră că sunt încă în viață. Tatăl meu m-a umilit din nou, astfel că am intrat în mașina aflată în garaj și am vrut să pornesc motorul. Apoi m-am gândit că dumneavoastră ați spune că este un «gest protest» să îmi fac rău, doar pentru că sunt atât de furios pe tatăl meu. Ne vedem mai târziu”.

În acest caz, interpretarea mea dinamică privind modul în care domnul Z. utiliza *întoarcerea asupra propriei persoane* a fost doar parțial terapeutică. Pacientul nu a integrat-o complet. În schimb, el a păstrat o *introiecție* a mea și a cuvintelor spuse de mine cu privire la sinucidere, ca act inutil. Se pare că introiectarea mea l-a împiedicat să facă vreun „gest protest”, reafirmând pentru el faptul că exista cineva (eu) pentru care era important ca el să trăiască, ceea ce nu simțea în relația cu tatăl său. Se pare că mesajul pozitiv că îmi pasă (și nu

interpretarea mea dinamică) a împiedicat acea tentativă suicidală.

3. Halucinația (Garma, 1969; Ariow Brenner, 1964)

Indivizii psihotici văd lucruri sau aud voci care nu numai că nu au o existență reală, dar reprezintă lucruri la care ei încearcă să nu se gândească – dorințe, comentarii, fantasmе sau critici. Și nu își dau seama că ceea ce văd sau aud sunt propriile gânduri, întrucât Eul lor prezintă blocaje la nivelul testării realității, a capacității de discriminare între fantasmă și realitate, la nivelul abstractizării și a conținerii proceselor primare (Kernberg, 1975; Holt, 2002). Dacă aceste funcții ale Eului ar fi operat, iar aceștia nu ar fi fost psihotici, am fi utilizat termenii de „iluzii” sau „reverii” pentru a desemna aceste percepții (vizuale, auditive), senzații (gustative, olfactive, tactile), gânduri (comenzi, fantasmе condensate), muștrări de conștiință (critici) și urme mnezice (auditive, vizuale).

Stadiul anal (între 1, 5 și 5 ani)

4. Identificarea proiectivă (Kernberg, 1975)

Există trei moduri în care acest termen este, de regulă, utilizat:

a. Îi atribui celuilalt trăsăturile de caracter și modalitățile proprii de apărare într-un grad atât de mare, încât imaginea acestuia este deformată.

b. Stimulezi în celălalt, prin comportament sau atitudini, acele afecte care pentru tine sunt neplăcute („suferința iubește compania”).

c. Stimulezi în celălalt, prin comportament sau atitudini, afecte care pentru tine sunt neplăcute, te compor similar celui care ți-a produs afectele neplăcute.

Doamna UU, o femeie singură în vârstă de 23 de ani, suferind de depresie, a relatat că avea probleme în relația cu tatăl său, care o ataca constant și fără niciun motiv. În timpul unei ședințe, pacienta a început să mă critice pentru că întârzasem un minut. Ea a spus: „Mă tratați de parcă aș fi o nevertebrată! Știți că nu suport să aștept, din pricina felului în care tatăl meu se purta cu mine, și cu

toate astea mă faceți să aștept! Nu îmi place să fiu manipulată de dumneavoastră, cu ajutorul tehnicii psihologice pe care o folosiți!

Aștept să îmi cereți scuze!”

În timpul criticilor sale vehemente am simțit că eram acuzat pe nedrept, însă ar fi fost inutil să mă apăr, din moment ce pacienta părea atât de irațională. Din fericire, am bănuir că reacția mea emoțională era efectul utilizării de către pacientă a mecanismului de identificare proiectivă. În consecință, am răspuns: „Acum mă simt de parcă l-aș fi întâlnit pe tatăl dumneavoastră”.

Comentariul meu s-a bazat pe realizarea faptului că ea reușise să mă facă să mă simt în același mod cum se simțea ea atunci când tatăl se înfuria fără motiv și nu se putea apăra de acesta. Trăvialul nostru analitic ulterior a demonstrat că unul dintre motivele pentru care pacienta se comportase astfel cu mine îl reprezenta diminuarea (apărarea împotriva) propriei sale temeri că eu nu voi fi vreodată capabil să înțeleg felul în care tatăl o făcuse să se simtă. Trezind în mine această stare de furie neputincioasă, ea putea simți că exista cineva care înțelegea prin ce trecuse. Existau de asemenea și alte mecanisme de apărare, ca de exemplu *identificarea cu agresorul* (ea s-a purtat cu mine în același mod în care tatăl se purta cu ea) și *deplasarea* (furiei resimțite față de tată asupra mea). Cu toate acestea, se pare că folosirea identificării proiective era apărarea cea mai patologică, întrucât îi genera pacientei sentimentul de neîncredere, motiv pentru care am decis să o interpretez prima (vezi capitolul 5).

RECOMANDARE

Unii pacienți aflați în terapie se comportă sau se exprimă în așa fel încât să vă trezească antipatia. Akhtar (2001) include aceste comportamente pe lista de indicii referitoare la persoanele cu risc suicidar – vezi capitolul 8. Probabil că vă puteți da seama că pacientul încearcă să vă facă să vă simțiți în același mod în care el se simte, dar

această ipoteză trebuie verificată, întrucât se bazează pe un raționament inductiv. Un mod util de abordare a problemei este de a spune ceva de genul: „Am impresia că încercați să vă controlați pentru a nu deveni critic sau iritat. Este cumva adevărat?”

5. Învinovățirea proiectivă (Spruiell, 1989)

Ești responsabil pentru o situație neplăcută, dar în loc să te simți neglijent și iresponsabil, învinovățești pe altcineva.

La 9: 30 p.m., tatăl iese din biroul unde utilizase internetul și își dă seama că fiul său de vârstă școlară se juca Nintendo, în loc să își facă temele. Tatăl o întreabă acuzator pe mamă: „De ce Jimmy nu și-a făcut temele?” Aceasta tocmai încheiase o convorbire telefonică prelungită cu un client și ripostează: „Eu eram ocupată! De ce nu ai avut tu grijă ca el să își facă temele?!”

Acest mecanism apare frecvent în viața de familie, caz în care este adesea respins de către cel învinovățit, ce reafirmă realitatea și ulterior adaugă: „Prin urmare, nu mă învinovăți pe mine!”

6. Negarea (A. Freud, 1936; Moore & Rubinfine, 1969)

Aceasta este modalitatea prin care mintea poate să ignore realitatea. Când afirmăm că indivizii *neagă* o realitate, în mod implicit presupunem că, dacă aceștia nu s-ar apăra, ar putea să vadă acea realitate. Există o importantă distincție diagnostică între indivizii care prezintă perturbări ale capacității de testare a realității (și care pot fi psihotici), și aceia care pot vedea și înțelege realitatea, dar evită să facă acest lucru pentru a rezolva un conflict (aceștia nefiind, de regulă, psihotici).

S-a scris mult despre negare, atât în literatura psihanalitică și în psihologia generală, cât și în cântecele country. Anna Freud a descris patru subtipuri ale negării, ca mecanism de apărare:

Negarea per se Refuzul unei realități, în ciuda evidenței de netăgăduit a acesteia. De exemplu, chiar și

după ce au fost puși în fața dovezilor cu privire la atrocitățile comise de germani în timpul celui de-al Doilea Război Mondial asupra a 6 milioane de evrei, catolici și persoane de etnie rromă, unii autori încă mai susțin că Holocaustul nu a avut niciodată loc (Holocaust Educational Research, 2002).

Din punct de vedere clinic, negarea ca apărare este întâlnită frecvent. Indivizii suferind de alcoolism sever, nu doar că adesea minimalizează gravitatea dependenței, dar pot să nici nu recunoască că ar avea vreo dependență. Asociația Alcoolicilor Anonimi (AA) folosește teoria referitoare la apărările inconștiente, în timpul discuțiilor inițiale cu persoanele dependente de alcool (AA denumesc această procedură „intervenție”), în timpul căreia sunt utilizate toate metodele și argumentele posibile pentru a convinge individul alcoolic nu doar de faptul că are o dependență, ci și că *neagă* existența acesteia.

Bomstein (1951) a fost primul care a subliniat modul în care copiii aflați în perioada de latență neagă realitatea propriilor afecte. De exemplu, atunci când plâng și sunt întrebați dacă sunt supărați, aceștia vor răspunde negativ.

Negarea prin act. Aceasta se referă la comportamentele a căror semnificație simbolică este: „Această realitate neplăcută nu există!”. De exemplu, un cuplu american naviga cu ambarcațiunea proprie către insula Grenada (acesta fiind „actul”), la scurt timp după ce auziseră avertismentul administrației Reagan privind prezența în acea zonă a trupelor armatei cubaneze. Ajuns la fața locului, cuplul a fost șocat să descopere că îi întâmpinau cubanezi înarmați. Abia în acel moment au realizat că avertismentul a fost unul „real” și au reușit să scape din acea zonă cu puțin înainte ca trupele marinei americane să acosteze pe insulă.

Negarea prin fantasmă. Menținerea unor convingeri eronate, adesea cu scopul de a ignora o realitate înspăimântătoare. De pildă, formularea „Oricine are și o parte bună. Chiar dacă acesta a violat și ucis o fetiță de 5

ani, tot poate fi ajutat”.

Negarea prin cuvânt. Folosirea unor *cuvinte speciale* pentru a-ți menține convingerea eronată asupra unei realități. Următorul fragment clinic cred că este ilustrativ pentru modul în care un al doilea evaluator⁷ aparținând unei clinici psihiatrice de stat folosește acest mecanism într-o situație profesională. În mod obișnuit, aceștia sunt solicitați pentru o a doua opinie privind necesitatea internării în spital a unui pacient psihiatric fără acordul acestuia, după ce medicul psihiatru consideră că el reprezintă un pericol pentru sine și ceilalți.

Cu ani în urmă, acești angajați aveau rolul de a se asigura că pacienților psihiatrici le sunt respectate drepturile civile. Pe de altă parte, așa cum mulți dintre cei care lucrează în domeniu știu din experiență, un efect nedorit al acestei proceduri este că îi dă persoanei evaluate timp suficient pentru a se dezice de amenințările anterioare cu suicidul sau uciderea altcuiva. Dacă aceste reguli sunt aplicate prea strict, fără a se lua în considerare evaluarea făcută de medic asupra apărărilor utilizate de pacient, pericolul real reprezentat de acesta poate fi trecut cu vederea. Accentul pus exclusiv pe ceea ce legea descrie ca „pericolul iminent” reprezentat de pacient, poate facilita folosirea *negării prin cuvânt* de către al doilea evaluator.

Domnul Y, un bărbat de 48 de ani, a fost internat într-un spital psihiatric la puțin timp după ce încercase să își sugrume soția în timpul unui act sexual, până ce aceasta a leșinat. După ce și-a revenit, ea a fugit în cămașa de noapte la vecini și a chemat poliția, care l-a ridicat pe domnul Y, aducându-l la spital.

În timpul evaluării, pacientul a spus că regreta că își atacase soția, dar că fusese furios pentru că aceasta nu purta verigheta. Ulterior, el a insistat să fie externat, pretinzând că nu are intenția să își mai atace soția, din moment ce credea că ea va rămâne alături de el. Însă soția îl părăsise, ceea ce l-a făcut pe psihologul evaluator să

anticipeze revenirea urii și impulsurilor criminale ale pacientului, o dată ce negarea în fantasmă (că soția se va întoarce acasă) nu mai funcționa. O asistentă prezentă la evaluare a scris biletul de internare temporară a domnului Y.

Când al doilea evaluator l-a întâlnit mai târziu pe domnul Y, acesta a refuzat să spună „cuvintele magice”: „Vreau să îmi ucid Sofia” și a pretins că regretă acel gest atât de „prostesc”. Datorită negării prin cuvânt, al doilea evaluator a ignorat raportul inițial al evaluării psihologice în care se specifica clar faptul că domnul Y folosea negarea prin fantasmă, și a refuzat să aprobe internarea temporară a acestuia.

Prin urmare, domnul Y s-a întors acasă. Ulterior, a mers cu mașina să o caute pe soție, care se mutase acasă la părinți. A abordat-o pe aceasta în timp ce își plimba câinele, încercând să o convingă să se întoarcă cu el acasă. Când soția a refuzat și a luat-o la fugă, el a împușcat-o mortal în spate. După aceea s-a împușcat în camera unui motel.

7. Dediferențierea (fuziunea Sinelui cu obiectul) (Mahler, 1968)

Te comporti așa cum vrea altcineva să fii pentru a evita afectele neplăcute, cel mai adesea frica de pierdere.

În *West Side Story*⁸ (Laurents, Bernstein, Sondheim & Robbins, 1956), protagonistul, Tony, folosește acest mecanism de apărare. Deși se cunoștea pe sine, după ce se îndrăgostește de Maria, el află că aceasta dezaprobă „înfruntarea deschisă” pe care Tony o aranjase între bandele rivale pentru prevenirea unor atacuri neașteptate. Din teama de a pierde iubirea acesteia, el renunță la identitatea sa pentru a deveni ca ea - crezând în mod idealist că iubirea poate triumfa asupra urii. Folosirea acestui mecanism îl determină să anuleze „înfruntarea deschisă”, încercând astfel să șteargă orice animozitate. În mod ironic, această atitudine nerealistă duce la uciderea prietenului său cel mai bun și, ulterior, a protagonistului.

Dediferențierea poate opera în combinație cu *pasivitatea* (ca opusă agresivității) și cu *identificarea cu agresorul*. Când se întâmplă acest lucru, individul devine vulnerabil la manipulările unor lideri de cult

8. Clivajul (Kernberg, 1975)

Individul psihotic sau cu o personalitate de tip borderline are tendința de a considera că anumiți oameni manifestă față de sine doar ostilitate (McDevitt, 1985), în timp ce alții sunt doar afectuoși. (La psihotici, funcția de testare a realității, relația cu realitatea și funcția de integrare sunt mai grav afectate, comparativ cu indivizii borderline). Indivizii cu tulburări de acest tip „clivează” obiectul introiectat în două părți – un obiect plin de iubire versus un obiect care urăște distructiv – iar ulterior proiectează în celălalt doar iubirea sau ura *clivate*. Prin urmare, clivajul determină individul să îi atribuie celuilalt doar unul dintre aceste afecte (iubire sau ură), fără a putea vedea că majoritatea oamenilor posedă în mod potențial ambele calități.

Clivajul și *proiecția* stau și la baza următoarei poezii pentru copii:

Din ce sunt făcute fetițele?

— *Zahăr și mirodenii și tot ceea ce este plăcut!*

Din ce sunt făcuți băieții?

— *Șerpi și melci și codițe de cățeluși!*

Ca o variație a acestei tendințe, unii indivizi psihotici sau borderline vor *diva* imaginea introiectată a celuilalt într-o parte „bună” și una „rea”, ce apar la momente diferite – într-o zi acesta este văzut ca minunat și angelic, iar în ziua următoare ca demonic și plin de vicii. Kernberg (1975) descrie modul în care indivizii cu personalitate de tip borderline folosesc clivajul pentru a se apăra de anxietatea produsă de recunoașterea faptului că celălalt este un „obiect total” (integrat), cu trăsături complexe⁹.

RECOMANDARE

Acordați o atenție sporită clivajului la pacienții care vă fac complimente privind capacitatea dumneavoastră

terapeutică, înainte de a fi avut vreo intervenție terapeutică (*clivaj + idealizare*). La scurt timp veți fi considerat un ignorant rău intenționat, care urmărește să profite de încrederea lor (*clivaj-devalorizare*). Când întâlniți astfel de apărări, este de preferat să le interpretați încă de la început, spunând, de exemplu: „Sperați să vă dovedesc că sunt întocmai descrierii apreciative făcute de Dr. Smith și vă nelineștește gândul că aș putea să nu fiu deloc așa”.

9. Animismul (Freud, 1913; Mahler, 1968)

Atribuirea de calități umane unor entități fizice, ca apărare împotriva dezamăgirilor din partea semenilor. Individul își spală piatra preferată, vorbește în mod afectuos cu plantele, se supără pe aragaz și se ascunde de televizor.

Deși acesta este un mecanism specific psihozei adultului, este întâlnit frecvent și la copiii normali, pentru care păpușile sau animalele de pluș sunt însuflețite. Timp de mii de ani, numeroase religii au atribuit obiectelor de cult și icoanelor calități specifice omului. Există și în prezent numeroși indivizi, chiar și în cultura vestică, ce apelează la intermediari ce le „transmit”, cu ajutorul globului de cristal, vești de la persoana iubită decedată sau care „vorbesc” cu vocea acesteia, ca modalități de apărare împotriva sentimentelor dureroase produse de doliu.

10. Deanimarea (Mahler, 1968)

Dacă nu ești văzut ca om, ceilalți nu sunt nevoiți să-și facă griji pentru că îți acordă încredere.

Un bărbat aflat în terapie a relatat că îi dispăcea să mă întâlnească în afara cabinetului, pentru că îl făcea să se gândească la mine ca la o „persoană reală”, ceea ce însemna imprevizibilă și exigentă. El prefera să mă considere „doctorul obiect”, nu o persoană reală, cu o existență proprie.

Acest mecanism este des întâlnit în psihoze și în tulburările narcisice grave.

Este interesant faptul că deanimarea inamicilor este

folosită și în timpul războiului. În cel de-al Doilea Război Mondial, aliații îi numeau pe japonezi „pericolul galben”. Vicisitudinile datorate folosirii acestei apărări – a considera inamicul inuman – au fost descrise artistic în filmul „A Majority of One” (Le-Roy, 1961), în care, la scurt timp după încheierea celui de-al Doilea Război Mondial, o văduvă americană de origine israelită, ce își pierduse fiul în război, este curtată și în final se îndrăgostește de un bărbat japonez, care de asemenea își pierduse rudele.

11. Formațiunea reacțională (A. Freud, 1936; Gorelik, 1931)

Este vorba de transformarea a ceva în opusul său. Adesea dai dovadă de atâta bunăvoință, încât nu îți poți exprima furia.

Un bărbat a relatat amuzat o amintire din copilărie în care mama sa îl urmărea în jurul casei pentru a-l lovi cu un cablu prelungitor, în timp ce povestea despre acest abuz fizic, el nu a fost conștient de furia sau vinovăția resimțite la adresa mamei.

Pacientul se simțise furios și ulterior a înțeles că această furie îi trezea vinovăție, întrucât considera că mama sa încercase să îl învețe diferența dintre bine și rău. Împotriva conflictului dintre furie și vinovăție el a mobilizat o serie de apărări, printre care izolarea afectului (să nu mai simtă furie sau vinovăție), umorul (era amuzat de acest abuz) și formațiunea reacțională (simțea iubire pentru mamă, în locul urii).

Perfecționismul, hiperpunctualitatea și zgârcenia au la bază *formațiunea reacțională*. Indivizii obsesionali cu astfel de trăsături caracteriale nutresc adesea intense dorințe inconștiente de rebeliune (lipsa manierelor), dorințe oral-dependente (lene și lăcomie) și se privesc deosebit de critic (irascibilitate). Formațiunile reacționale îi determină să se comporte într-un mod plin de curtoazie și să fie punctuali, să muncească excesiv și să fie zgârciți, precum și să afișeze o atitudine plină de calm.

Datorită conflictelor dintre furie și critica adresată

propriei persoane, o parte dintre obsesionali se pot lăsa amăgiți de acei psihopați care „se prefac” că sunt binevoitori și punctuali. Pe de altă parte, prietenii onești și afectuoși, care însă întârzie sau au alte defecte, pot fi respinși, pentru că perfecționistul se înfurie (și ia ca pe un afront) atacarea propriilor apărări.

Atitudinea „prietenoasă” față de pacienți poate de asemenea să constituie o formațiune reacțională, în special când terapeutul conștientizează că se simte iritat de aceștia.

Bunăvoința defensivă s-a dovedit a fi mecanismul principal în cazul Dr. X, care a răspuns cererii adresate de pacientul său, domnul A, și i-a prescris acestuia medicație antidepressivă. Deși terapeuta a fost iritată de insistența domnului A, nu a realizat acest lucru în timpul ședințelor. În supervizare, Dr. X a înțeles că folosea, pe lângă alte apărări, formațiunea reacțională, și că prescrierea medicației pacientului, ce îi cauzase acestuia unele disfuncții sexuale, nu era în realitate chiar o manifestare a „bunăvoinței” (Blackman, 2003).

De fapt, răspunsul Dr. X la cererea pacientului era o apărare împotriva conștientizării sentimentelor ostile și a dorinței de a se răzbuna pe acesta.

12. Anularea retroactivă și ritualurile

Anularea retroactivă poate însemna că acționezi în opoziție cu ceea ce îți dictează conștiința (Supraeul), pentru a-ți diminua sentimentul că ești controlat de propria moralitate. De exemplu, o studentă în primul an de facultate întreține raporturi sexuale cu unul dintre membrii frăției la o petrecere a acestora, doar pentru a dovedi că nu mai este mironosița din timpul liceului.

Anularea retroactivă poate sta și la baza ritualurilor obsesionale, prin care individul se opune propriei conștiințe făcând simbolic acele lucruri ce îi trezesc vinovăția, de care ulterior se eliberează autopedepsindu-se printr-un alt act simbolic. Uneori se spune că ce de-al doilea act îl „anulează” magic pe primul.

Un băiat de 9 ani era preocupat ca robineții din baie să fie bine închiși după ce îi folosea seara, înainte de culcare. El îi verifica în mod repetat, pentru a se asigura că nu picurau. În sedință, când am subliniat faptul că el părea să se protejeze împotriva a ceva, a răspuns că încerca de fapt să își protejeze familia, mai ales pe mama sa, pentru că aceasta nu știa să înoate, în eventualitatea că robineții deschiși ar fi putut produce o inundație care i-ar fi înecat în somn pe membrii familiei. Am putut înțelege împreună că verificarea repetată a robineților era modul său simbolic de „anulare” a vinovăției produse de ura sa distructivă la adresa mamei excesiv de critice și a unui tată pasiv.

13. Izolarea (afectului) (C. Brenner, 1982 a)

Elimini din conștiință (fără a ști că faci acest lucru) trăirile asociate unor afecte. (Este posibil ca ideile asociate acestora să rămână conștiente.)

O femeie îi spune terapeutului pe un ton lipsit de emoție că ea și soțul nu au mai făcut dragoste în ultimii trei ani. Acesta pleacă în fiecare zi de acasă la ora 5 dimineața și se întoarce după 11 noaptea, când își pregătește un martini. El nu este interesat de copii sau de ea și merge direct la culcare. Deși afirmă sec că este „un pic deranjată” de atitudinea soțului, pacienta nu este conștientă de sentimentele sale negative datorate ofenselor și frustrărilor suferite, pe care le-a descris atât de succint.

14. Externalizarea (Glover, 1955)

Acesta este un tip special de proiecție prin care te raportezi la unele conținuturi psihice ca provenind din „exterior”. Te poți gândi că cineva sau „societatea” te va critica, când de fapt tu te privești autocritic.

În clinică, această apărare se manifestă adesea sub forma rezistenței la tratament. Mulți dintre cei care încep o terapie se simt vinovați pentru ceva. Aceștia vă vor spune adesea ceva de genul: „Probabil vă gândiți că sunt îngrozitor” sau „Probabil o să îmi spuneți că sunt nebun”,

după care vă vorbesc despre un comportament de care le este rușine. Răspunsul dat de terapeut ar trebui să fie ceva similar cu: „Este ca și cum ați aștepta ca eu să vă judec aspru. Poate că dumneavoastră vă priviți autocritic, motiv pentru care vă așteptați ca și eu să fiu critic cu dumneavoastră”.

RECOMANDARE

În primele ședințe, pacienții folosesc adesea *externalizarea*, care ulterior este urmată de *reticență* (59). Aceștia ar putea să creadă că dumneavoastră veți fi sau deja sunteți critici la adresa lor; fantasma pacientului are la bază *externalizarea* Supraeului în terapeut. Este de preferat ca această apărare să poată fi identificată la momentul manifestării sale în stadiile inițiale ale terapiei, întrucât poate determina o rezistență puternică la procesul terapeutic, ce poate fi însă înlăturată prin interpretare (Glover, 1955).

Ca o completare, atunci când aveți de-a face cu un individ autocritic, aveți grijă să nu încercați imediat să îl eliberați de vinovăție, prin *reasigurare* sau *persuasiune*, afirmând că nu ar trebui să fie atât de critic cu propria persoană (tehnici suportive); altfel spus, s-ar putea să nu fie o idee prea bună să spuneți: „Chiar nu aveți de ce să vă simțiți atât de vinovat!” Rețineți faptul că este posibil ca pacientul să se simtă vinovat pentru o faptă cu adevărat reprobabilă – vinovăția poate să nu fie doar o exagerare a acestuia.

Interpretarea *externalizării* ca apărare îi poate ajuta pe indivizi să înțeleagă modul în care *se protejează de conștientizarea* sentimentelor de vinovăție. Când această înțelegere este integrată conștient, îi poate face pe aceștia să nu mai repete acele acte pentru care se simt vinovați. Sau este posibil să ajungă la concluzia că vinovăția lor este irațională și că ar trebui să își îngăduie plăcerea produsă de activitatea ce anterior le producea vinovăție.

15. Întoarcerea asupra propriei persoane

(Freud, 1917; A. Freud, 1936)

Indivizii cu tendințe suicidare ajung să se deteste pentru că resimt o furie violentă la adresa altcuiva. În schimb, aceasta este manifestată față de propria persoană.

Odată, în timpul unui interviu (în limba spaniolă) cu o femeie originară din Mexic ce avea tendințe suicidare, am interpretat faptul că ideea sa suicidară reprezenta întoarcerea defensivă asupra propriei persoane a furiei pe care nu își permitea să o resimtă față de fostul soț, adică: „Creo que usted quisiera matarse a si mismo porque no quiere pensar en estar enojado con el”. Ea a răspuns: „No, Doctor. Estoy mas que enojada (Sunt mai mult decât revoltată). Estoy furiosa; no, enfadada; no, encolerizada! (Sunt furioasă; nu, scoasă din sărite; nu, colerică10)”.

RECOMANDARE

Întoarcerea furiei asupra propriei persoane stă la baza majorității tentativelor suicidare și a multor cazuri de ideea suicidară (vezi capitolul 8). Este o idee bună să încercați să discutați acest mecanism cu pacienții care prezintă idei suicidare.

16. Negativismul (Levy & Inderbitzin, 1989)

Refuzi să cooperezi cu ceilalți, ceea ce face imposibilă apropierea emoțională de aceștia.

Un bărbat de 42 de ani vine la o consultație pentru că mama sa l-a „forțat” și chiar l-a adus cu mașina pentru programare. El simte că o să se sinucidă „în curând”, dar nu spune nici când o să facă aceasta și nici în ce mod. Când terapeutul îi recomandă internarea la psihiatrie, el refuză. Când îi este subliniat faptul că tocmai a amenințat că se va sinucide, el spune că nu vorbea serios și că nu crede că acest lucru se va întâmpla „astăzi”. Atunci terapeutul îi propune să ia medicamente, dar pacientul refuză, spunând că nu mai vrea să consulte niciun psihiatru sau terapeut.

17. Compartimentarea gândirii (Freud, 1926)

Îți inhibi capacitatea de a face conexiuni (nu integrează noi informații), pentru că legarea acestora simbolizează ceva ce îți trezește teamă. Această *inhibiție* a

integrării (modalitate de apărare, vezi numărul 48) este diferită de o deficiență la nivelul acestei funcții, deși pot fi confundate cu ușurință.

Doamna W, de 28 de ani, cu probleme privind relațiile heterosexuale, a relatat în ședință că invitase un bărbat pentru a înota dezbrăcați în piscină, la miezul nopții. Ea a fost îngrozită să constate că la întoarcerea în apartament, bărbatul a încercat să facă dragoste cu ea. Ea „s-a simțit bine” pentru că „și-a exprimat sentimentele” refuzând propunerea sexuală, iar partenerul a părăsit apartamentul fără să protesteze. Acum se aștepta ca terapeuta să fie încântată de modul în care ea se descurcase în acea situație.

Terapeuta, îngrijorată de felul în care doamna W aborda bărbatii, dar nefiind sigură ce tehnică să adopte, mi-a prezentat cazul în supervizare. Am sfătuit-o să îi vorbească doamnei W despre neintegrarea aspectului că înotase dezbrăcată împreună cu un bărbat cu care nu intenționa să aibă raporturi sexuale, având în vedere că pentru un bărbat acest comportament era interpretat ca preludiu la actul sexual. Am considerat că o astfel de confruntare ar clarifica dacă doamna W avea o deficiență de integrare sau folosea compartimentarea gândirii.

Dacă doamna W ar fi răspuns atacând verbal terapeuta pentru că era exact ca și acel bărbat de la întâlnire, „crezând întotdeauna că totul are conotație sexuală”, probabil că ar fi fost vorba de o deficiență de integrare. În acest caz, o abordare terapeutică de tip suportiv în care terapeutul își exprima doar înțelegerea cu privire la confuzia și furia pacientei față de bărbat și sexualitate, fără a face interpretări, ar fi fost cea mai indicată. Terapeuta putea de asemenea să aprecieze curajul doamnei W, după care să o sfătuiască să nu mai înoate pe viitor dezbrăcată cu un bărbat pe care nu dorește să îl seducă.

Pe de altă parte, dacă doamna W ar fi fost șocată de această confruntare, fără a putea înțelege motivele pentru

care făcuse un lucru atât de prostesc și ar fi încercat să găsească un răspuns, putând deopotrivă să înțeleagă faptul că avusese un comportament dezorganizat, atunci era probabil vorba de o compartimentare defensivă a gândirii.

O săptămână mai târziu, terapeuta a relatat în supervizare că în urma confruntării, capacitatea de observare a Eului pacientei s-a ameliorat. Doamna W a realizat că se simțea atât de vinovată pentru dorințele sale sexuale intense, încât le putea satisface doar parțial (înotând dezbrăcată în piscină). Simultan, ea se elibera de vinovăție prin compartimentare: separa comportamentul de dorințele sexuale, ceea ce făcea ca acestea să rămână refulate. Mai mult, a reieșit că doamna W proiecta vinovăția trezită de dorințele sale sexuale asupra bărbaților.

Terapeuta a relatat că, pe parcurs, înțelegerea de către doamna W a acestor formațiuni de compromis a condus la o îmbunătățire considerabilă a capacității de judecată a pacientei.

18. Agresivitatea ostilă (Symonds, 1946; McDevitt, 1985)

Frustrarea „realizată cu un scop” (McDevitt) dă naștere la agresivitate ostilă. Ulterior, această ostilitate are rolul de a împiedica accesul în conștiință al senzațiilor și gândurilor neplăcute.

Un pacient de 29 de ani a admis jenat în ședință faptul că atunci când soția a venit în dormitor purtând un neglijeu sexy, el a ridiculizat-o furios pentru că „își pusese costumul de prostituată”. Acest comentariu a supărat-o în așa măsură pe soție, încât a dormit singură în camera de oaspeți.

Am analizat împreună cum răspunsul ostil al pacientului la invitația sexuală a soției avea inconștient rolul de a o îndepărta pe aceasta. Altfel spus, ostilitatea lui, prin care își atinsese scopul, era de fapt o apărare împotriva anxietăților multiple ale pacientului cu privire la

intimitatea afectivă și performanțele sale sexuale.

Primul stadiu genital (între 2 și 6 ani)

(Galenson & Roiphe, 1971; Parens, Pollock.

Stern & Kramer, 1976; Parens, 1990)

19. Deplasarea (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964)

Ai sentimente față de o persoană dar, de fapt, le hrănești în raport cu altcineva.

Fiul în vârstă de 11 ani își uitase manualul de istorie la școală. Mama a început imediat să țipe la el, spunând: „Ești exact ca tatăl tău, tot timpul îți uiți lucrurile!”

Aceasta acumulase în decursul timpului o mare cantitate de frustrare cronică față de soțul neatent, pe care a *deplasat-o* asupra fiului.

20. Simbolizarea (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964)

Acorzi o semnificație specială (uneori irațională) unui anumit aspect al funcționării mentale. De exemplu, ți-e frică să traversezi poduri când te afli la volan, pentru că podurile reprezintă simbolic atât dorința de a-ți părăsi soțul, cât și teama că vei fi pedepsită (vei muri) pentru această dorință ostilă de abandon. Ulterior, visezi că faci plajă dezbrăcată pe Riviera franceză, încercând disperată să îți recuperezi bikinii de la un măgar. Simbolismul visului conține gândul de care te aperi, anume că soțul este nepriceput (prost) „ca un măgar” 11 în materie de sex.

21. Condensarea (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964)

Stabilești legături ilogice între idei, imagini, reprezentări de obiecte sau funcții mentale disparate, ce au un caracter contiguu sau simbolic.

Domnul V observă un Lexus în parcare de lângă cabinetul terapeutului său și presupune că îi aparține acestuia. Când se întâlnesc, domnul V îi spune terapeutului: „Îmi place mașina dumneavoastră. Este un Lexus, nu-i așa?”

Acesta este un exemplu de condensare. Domnul V a

gândit că terapeutul este bogat, în baza unui *transfer patern* (79) negativ (ostil) (tatăl pacientului era avar). Totodată, el credea că cei care au un Lexus sunt bogați, din moment ce este costisitor să cumperi o astfel de mașină nouă. Prin combinarea acestor idei, pacientul a ajuns la concluzia că mașina îi aparținea terapeutului. În abordarea sa, domnul V a folosit, pe lângă condensare, *socializarea* (46) (discuția despre automobile) și *formațiunea reacțională* (11) (afișând o atitudine prietenoasă în locul uneia competitive), protejându-se astfel de conștientizarea *transferului* (79) său negativ la adresa terapeutului.

22. Formațiunile iluzorii sau reveriile (Raphling, 1996)

Vizualizezi ceva la nivel conștient, despre care știi că este o fantasmă. Această fantasmă (sau reverie) poate îndeplini rolul de satisfacere a unei dorințe, de evadare dintr-o realitate dureroasă sau de eliberare de sentimentul de vinovăție.

O pacientă a relatat o „viziune” recurentă a unui câmp verde, plăcut și „proaspăt”, pe timp de primăvară. S-a dovedit că ea se apăra astfel împotriva sentimentelor de rușine legate de faptul că avea un copil nelegitim, pe care îl considera „micul său secret murdar”. Ea nu putea suporta sentimentele de rușine și furie la gândul că rămăsese însărcinată în timpul unei partide de sex neprotejat, pe o pajiște.

Renick (1978) descrie cazul tratat de Weinshel, al unei paciente ce dezvoltase iluzia că bărbatul de pe o gravură japoneză aflată pe peretele cabinetului avea o protuberanță ce sugera organul sexual. Această iluzie o apăra de rușinea legată de curiozitatea sa cu privire la penisul analistului.

23. Comportamentul evaziv (Karpman, 1949)

Individul minte în mod conștient și calculat. Acest mecanism foarte des întâlnit este adesea trecut cu vederea de către practicienii psihiatri. Mințitul este o trăsătură

specifică criminalilor, la aceștia fiind de regulă însoțit și de *învinovățirea proiectivă* (5) și *raționalizare* (42).

Mințitul în scop defensiv mai apare și la copii aflați în stadiile premergătoare latenței, la adolescenți și la adulți aflați în situații stânjenitoare. Anumite minciuni nevinovate spuse în contexte sociale (de exemplu: „Ne pare rău că nu putem ajunge la petrecere; nu am putut găsi o bonă pentru copil”), sunt adesea catalogate ca acceptabile din punct de vedere moral, iar copiilor li se spune că îi vor proteja de marginalizarea socială. Dacă oamenii și-ar exprima la nivel social „sentimentele reale” (adică gândurile și opiniile negative), acestea ar putea răni (ofensa) narcisismul semenilor. Cu alte cuvinte, mințitul poate fi privit atâtea un mecanism defensiv extrem de patologic, cât și ca un mecanism „normal” (adaptativ), în funcție de circumstanțe.

Dramaturgul francez Molière (1666/1992), în „Mizantropul”, portretizează cu umor aceste distincții. După ce Philinte tocmai a declarat că trebuie să fii politicos cu aceia care la rândul lor se poartă astfel cu tine, prietenul său Alceste îl contrazice „... Nu suport bunătatea servilă fără niciun fel de discriminare... prietenul tuturor nu este și prietenul meu” (Molière, 1992, p. 2).

Philinte răspunde: „... Dar când trăiești în societate este de dorit să te comporți politicos, așa cum o cer bunele maniere”. Alceste îl contrazice: „... sentimentele nu ar trebui niciodată ascunse sub complimente deșarte”. Philinte îi face morală: „Există numeroase situații când sinceritatea totală este ridiculizată sau nu este nici măcar acceptată... este o idee bună să ascunzi ceea ce simți cu adevărat. Crezi că ar fi adecvat să spui majorității indivizilor tot ceea ce crezi despre ei? Iar atunci când întâlnești pe cineva care îți displace sau pe care îl urăști, o să îi spui adevărul?”. Alceste răspunde: „Da!” (Molière, 1994, p. 24).

RECOMANDARE

Uneori, indivizii care mint nu sunt de regulă cuprinși de rușine sau vinovăție (deficiență a Supraeului). Dacă așa

stau lucrurile, aceștia de obicei nu pot fi ajutați terapeutic. Cu toate acestea, la cei la care Supraeul funcționează adecvat, comportamentul evaziv poate fi o apărare *împotriva* anxietății față de Supraeu, iar acest mecanism trebuie interpretat. Prin urmare, distorsiunea Supraeului poate fi înlăturată.

L-am confruntat odată, în timpul evaluării, pe un băiat de 10 ani, spunându-i că știam că mințea privitor la notele bune (mama sa, divorțată, deja mă informase cum stăteau lucrurile). El a zâmbit, recunoscând că „l-am prins”, după care a afirmat că semăna cu tatăl său, închis pentru fraude de identitate. Cu ajutorul meu, băiatul a început să înțeleagă faptul că mințitul – datorat identificării cu tatăl – îl apăra de tristețea și furia resimțite față de tatăl „închis”. Cu alte cuvinte, el nu recunoscuse faptul că era furios pe tată pentru faptele sale penale, datorită cărora erau despărțiți. În schimb, băiatul s-a identificat cu tatăl și a început să mintă.

24. Confabulația (Spiegel, 1985; Target, 1998)

Blatt (1992) definește acest mecanism astfel: „... o percepție ce inițial este conformă realității va fi supusă unor elaborări secundare și asocieri cu caracter extensiv, nerealist, grandios” (p. 704). Autorul descrie confabulația ca fiind determinată de o deficiență a Eului („nerealismul”), combinată cu o apărare specifică („grandiozitatea”).

Mai concret, confabulația ca apărare se manifestă ca mințitul automat (din motive inconștiente), de obicei pentru evitarea deteriorării imaginii de sine asociată cu uitarea unor detalii privind o anumită situație. Caracterele narcisice, din care fac parte și tipologiile „ca și cum” (H. Deutsch, 1965), pot fi fantasma la nesfârșit. Nesinceritatea de care dau dovadă unii impostori este un mecanism în mare parte automat. Cu toate acestea, cel mai adesea *confabulația* apare în stări de atrofie cerebrală, ca de pildă în boala Alzheimer, însoțită de tulburări de orientare și de memorie¹².

O pacientă în vârstă de 86 de ani, suferind de boala Alzheimer, a fost adusă la consultație de către preotul din parohie, pentru că locuia singură și adesea uita mâncarea pe foc. Altă dată se rătăcise în imobilul în care locuia, neștiind să se întoarcă acasă. În timp ce discutam cu pacienta despre aceste pierderi de memorie și orientare, ea mi-a spus: „Eu nu mă rătăcesc. De cele mai multe ori doar mă plimb. Uneori, dacă sunt supărată, mai uit câte ceva lipsit de importanță”.

Modul interesant în care a relatat acest lucru, asemănător cu teoria psihanalitică a *refulării* (faptul că uita lucrurile supărătoare), era de fapt o combinație între *confabulație* (inventarea unui răspuns fals, în care credea), *intelectualizare* (folosirea unei argumentații false) și *raționalizare* (găsirea unor scuze).

25. Refularea (Freud, 1923; Arlow Brenner, 1964)

Respingi în afara conștiinței conținutul ideatic asociat unui afect. (Reamintesc faptul că afectele au două componente - trăirea și ideea). Nu știi că *refulezi* ceva. Dacă acest lucru se întâmplă voluntar, este vorba de *reprimare*.

În timpul unui atac de panică, individul se simte anxios, transpiră, iar inima îi bate cu putere, dar adesea nu își amintește gândurile care i-au provocat aceste reacții. Oricum, el afirmă că se simțea „neliniștit”. Altfel spus, senzația neplăcută de anxietate este conștientizată, în timp ce gândul declanșator rămâne inconștient¹³.

Freud a fost cel care, relativ devreme (1900 a), pornind de la informațiile primite de la pacienții cu simptome de conversie și tulburări sexuale, a ajuns la concluzia că *refularea* stătea la baza uitării unor gânduri sexuale inacceptabile din punct de vedere social, astfel încât dorințele sexuale intense erau transformate în anxietate. Cu alte cuvinte, el a fost primul care a emis ipoteza că refularea produce anxietatea. Ulterior (1923, 1926), Freud a realizat că, de fapt, opusul era adevărat. Anxietatea era determinată de conflictele intra-psihice cu

conținut sexual sau agresiv, iar *refularea* era una dintre numeroasele apărări mobilizate de psihic pentru diminuarea anxietății (Arlow & Brenner, 1964). În prezent, este cunoscut faptul că *refularea* poate fi folosită în scopul de a ține la distanță gândurile asociate oricărui tip de afect, inclusiv depresia (C. Brenner, 1982 a) și furia.

26. Halucinația negativă (Wimer, 1989)

Refuzi să vezi o realitate evidentă, pentru că aceasta este supărătoare sau în mod simbolic îți amintește de ceva neplăcut.

Un bărbat de 39 de ani, aflat în terapie de câteva luni, m-a întrebat: „Ați pus de curând acea hartă pe perete?” Când am specificat că nu era nouă, pacientul a răspuns: „Ciudat. Nu am remarcat-o până acum”. Ulterior, acesta a asociat că îi displăcea profund să meargă cu mașina să își viziteze soacra, pentru că drumul dura o zi întreagă. Am putut să îi arăt faptul că nu „văzuse” harta mai devreme pentru a evita sentimentele ostile resimțite la adresa soacrei.

27. Regresia libidinală [regresia psihosexuală] (Freud, 1905, 1926)

Din motive nevrotice, nu poți suporta gândurile legate de sexualitate și competitivitate – acestea îți trezesc vinovăție. În consecință, te comporți infantil, evitând comportamentele sexuale sau agresive.

Există în principal cinci tipuri de regresie libidinală: cea la stadiul oral, la stadiul anal, la nivelul primului stadiu genital, la perioada de latență și la adolescență (al doilea stadiu genital). Copiii aflați într-unul dintre aceste stadii de dezvoltare pot să se întoarcă la modul de funcționare psihică specific unui stadiu anterior – spre exemplu, un copil de 4 ani care deja a fost educat sfincterian (în primul stadiu genital), începe brusc să facă pe el și să fie încăpățânat (regresie anală), la scurt timp după nașterea (eveniment supărător) unui frățior.

Un bărbat cu o tulburare narcisică, ce trecea prin „criza de la 40 de ani”, în efortul de a înlătura afectele

extrem de neplăcute asociate cu îmbătrânirea și grijile legate de sexualitate, a început să gândească la fel ca un adolescent - regresie la modul de funcționare specific celui de-al doilea stadiu genital timpuriu. El și-a cumpărat o mașină „modernă” cu semnificație falică, a început o relație cu o femeie mai tânără și, la cererea acesteia, și-a pus cercei în ureche.

Adulții care încep să manifeste dorințe de gratificare orală (de susținere, hrănire sau pretind nerăbdători diminuarea anxietății), considerându-se „neajutorați”, dependenți și dezorganizați (toate acestea putând sugera existența unei personalități de tip borderline), pot folosi *regresia libidinală* la stadiul oral, cu scopul de a se apăra de vinovăția produsă de dorințele sexuale sau ostile.

O pacientă de 31 de ani, căsătorită și casnică, m-a consultat din pricina reproșurilor pe care și le făcea pentru că mânca prea mult. Ea luase în greutate aproximativ 27 de kilograme, ceea ce o făcea să se simtă inconfortabil, iar hainele nu i se mai potriveau. A petrecut mare parte din ședință povestind cum încercase diferite diete, despre clinicile la care a mers și despre programele de exerciții fizice, toate acestea dovedindu-se ineficiente. Când am remarcat că vorbise mai mult despre obiceiurile sale alimentare, fără a spune ceva în legătură cu relația de cuplu, ea a tăcut. O explorare mai aprofundată a acestei tăceri a determinat-o să admită jenată că ea și soțul dormeau în camere separate. În ultimul timp se masturba, ceea ce o făcea să se simtă „ciudată” și vinovată.

Altfel spus, preocuparea sa legată de conflictele specifice nivelului oral o proteja de vinovăția și rușinea datorate conflictelor sexuale și a problemelor din relația cu soțul.

28. Regresia Eului

Există trei moduri în care acest termen este utilizat:

Perturbarea unei funcții. O funcție autonomă a Eului (de exemplu, inteligența) sau o capacitate a Eului (de pildă, controlul pulsional) nu mai funcționează, astfel că nu

poți spune că simți ceva neplăcut.

O pacientă de 25 de ani, căsătorită, s-a plâns că se simțea „obosită și confuză” la scurt timp după ce își critica soțul. Am verbalizat faptul că această „confuzie” era o regresie la nivelul funcției de integrare a Eului. Prin urmare, am subliniat că probabil „confuzia” era pentru ea mai ușor de tolerat decât furia. Ea a acceptat interpretarea mea, după care și-a exprimat furia și atitudinea critică cu privire la soț.

Renik (1978) descrie depersonalizarea și derealizarea ca mecanisme defensive în care simțul realității în raport cu mediul este pierdut pe perioade limitate: *regresie* la nivelul Eului privind relația cu realitatea (Frosch, 1964).

Întoarcerea la moduri de apărare mai primitive. Începi să utilizezi apărări specifice stadiilor timpurii de dezvoltare (ca de exemplu, negarea, proiecția, identificarea proiectivă, clivajul și dediferențierea).

Doamna U, o femeie de afaceri de succes, a venit la consultație din cauza unor probleme relaționale. Într-una dintre ședințe, după ce a descris dificultățile avute în relația cu un bărbat, m-a întrebat exasperată: „Deci, ce să fac? Dumneavoastră trebuie să aveți soluții la aceste probleme”. I-am răspuns că probabil se aștepta ca eu să fiu un fel de guru, iar ea să fie discipolul meu. Doamna U și-a amintit că în copilărie îi plăcuse întotdeauna să stea cu mama sa la bucătărie și să facă ceea ce aceasta îi spunea: „Mă simțeam de parcă aș fi fost parte din ea, ca și cum ea nu ar fi putut face nimic fără mine. Era plăcut și amuzant. Mama era o sfântă - foarte religioasă. Ea nu bănuia ce neastâmpărată eram - cred că și dumneavoastră aveți o astfel de latură!”

Am putut interpreta faptul că ea își dorise inițial să simtă că nu eram separați, în același mod în care uneori se simțise în raport cu mama sa (dediferențiere și transfer) pe vremea când era copil. Ulterior și-a imaginat că eu gândeam în același mod ca și ea (identificare proiectivă și

clivaj)), ceea ce însemna că sunt diferit de mama sa, prin urmare acest lucru fiind valabil și în cazul său (disidentificare).

Vaillant (1992) consideră că aceste mecanisme de apărare sunt unele „primitive”. Din acest punct de vedere, doamna U regresase de la nivelul de funcționare mai matură, manifestat în viața profesională. Se pare că aceste apărări au fost puse în funcțiune de conflictele sale (transferențiale) în raport cu mine.

Operații defensive ineficiente. Mecanismele tale defensive nu reușesc să împiedice accesul în conștiință al gândurilor angoasante, iar eșecul acestora îți provoacă vinovăție, de care te eliberezi prin autopedepsire.

Un bărbat celibatar de 27 de ani, provenind dintr-o familie de „oameni de succes”, nu reușise încă să își finalizeze studiile universitare, deși trecuseră nouă ani. El se masturba adesea, gândindu-se cum José Feliciano, care era orb, făcea sex cu Britney Spears. Pacientul credea că această fantasmă reprezenta „complexul său oedipian” în raport cu sora. Deși nu am confruntat această intelectualizare, am subliniat faptul că se lăsa antrenat în astfel de reverii pentru a-și distrage atenția de la studiu; totodată, el evita rușinea produsă de plăcerea de a lenevi. El a răspuns încântat: „Din această cauză nu pot învăța! Poate că nu ar trebui să mă mai gândesc atât la astfel de lucruri!”

29. Regresia temporală

Te gândești la etape de viață anterioare, evitând astfel să vezi conflictele actuale. Alternativ, începi să gândești, să vorbești sau să te porți corespunzător unui stadiu de dezvoltare anterior. (în cel de-al doilea sens, termenul este foarte asemănător cu cel de *regresie la nivelul Eului* însoțită de *regresia la nivel libidinal*).

Regresia temporală în forma sa cea mai simplă apare ocazional la persoanele care își încep interviul de evaluare inițială punând accent pe traumele suferite în copilărie.

Un marinar de 21 de ani, suferind de depresie, și

care fusese internat din cauza ideății suicidare, susținea inițial că era deprimat încă din copilărie. Am sugerat că explicația sa părea una calculată, ca și cum el evita să vorbească despre întâmplări mai recente. Pacientul și-a amintit atunci că o tânără cu care se întâlnise cu câteva nopți înainte, pe lângă faptul că rezistase la băutură mai bine decât el, dansase cu prietenii săi din bar, după care îi furase mașina! Astfel am putut înțelege că el nu suporta să se înfurie pe cineva și întorsese asupra propriei persoane toată furia resimțită față de parteneră, ceea ce îi cauzase ideile suicidare. (Pentru mai multe amănunte, vezi Blackman, 1997.) La începutul interviului, el se agățase defensiv de convingerea că depresia începuse în copilărie (chiar dacă s-a dovedit că acest lucru era parțial adevărat).

30. Regresia topică (Freud, 1900 a; Arlow & Brenner, 1964)

Te refugiezi în somn și în activitatea onirică, evitând astfel acceptarea unei realități dureroase. Trecerea de la starea de vigilență la o stare de conștiență diminuată (în care în prim-plan trec procesele inconștiente) este o modalitate defensivă.

De exemplu, în timpul unei dezbateri aprinse pe tema violenței și a actelor de omucidere, la care participa alături de patru colegi psihiatri, unul dintre rezidenți a adormit! mai târziu, acesta mi-a mărturisit că avea dificultăți în a „accepta realitatea morții”.

31. Reprimarea (Werman, 1985)

Încearci voluntar să uiți:

a. fie conținutul ideatic asociat unui afect;

b. fie deopotrivă conținutul ideatic și senzația asociate acestuia.

Vaillant (1992) consideră această apărare ca fiind una „matură”, pentru că adesea are un rol adaptativ.

RECOMANDARE

Numeroși pacienți în terapie afirmă că „nu vor să discute despre un anumit aspect” ce le provoacă durere sau jenă. Reprimarea ca apărare are drept scop evitarea

conflictelor, ceea ce în terapia dinamică ar trebui interpretat. În terapia suportivă, terapeutul poate chiar să încurajeze folosirea acestui mecanism de către pacient.

32. Identificarea cu o fantasmă începi să te conduci așa cum ai vrea să fi, probabil ca un erou preferat.

Tocmai îi explicasem unei paciente atractive, în vârstă de 37 de ani, modul subtil și sadic în care se răzbuna pe soț și totodată se autopedepsea, refuzând raporturile sexuale. Atunci pacienta și-a amintit faptul că în adolescență le admira pe Cleopatra și pe Désirée, amanta lui Napoleon. A fost surprinsă să constate că în relația de cuplu se comporta, alternativ, fie ca o regină autoritară, fie ca amanta pedepsită prin abandon.

Ea se identificase cu fantezmele sale privind aceste eroine idealizate în adolescență. Identificările sale au fost susținute de faptul că „arăta bine” în adolescență, ceea ce îi oferea un control asupra băieților. Acest tip de control era sociosintonic și îi dădea satisfacție. Cu toate acestea, în relația de cuplu, oscilația sa între pretențiile regale (asemenea Cleopatrei) și privarea¹⁴ capricioasă (la fel ca Désirée) avea un efect dezadaptativ și distrugător.

În timpul copilăriei, Sigmund Freud îl idolatriza pe Hannibal (AROPA, 2002), generalul cartaginez ce și-a asumat cu curaj misiunea de a cuceri Imperiul Roman¹⁵. Este interesant faptul că în viața adultă și Freud și-a asumat sarcina de a înfrunta un adversar redutabil. Pe la sfârșitul anului 1800, la întoarcerea de la studiile făcute la Paris cu Charcot, el le ținea prelegeri medicilor despre ultimele descoperiri privind boala psihică. Freud a descris că în Franța observase faptul că simptomele de conversie puteau să apară atât la bărbați, cât și la femei (Breuer & Freud, 1895). Cu toate că avea dreptate, observațiile sale au constituit o provocare pentru opiniile medicale existente la acea vreme, conform cărora isteria de conversie era o boală exclusiv feminină. Colegii săi medici au fost sceptici cu privire la afirmațiile lui Freud și l-au izolat pe acesta profesional, timp de mai mulți ani.

33. Identificarea cu dorințe/fantasme parentale conștiente sau inconștiente (Johnson & Szurek, 1952)

În loc de a face ce-ți spun părinții, acționezi exact în modul opus. Astfel ei își văd îndeplinite dorințele inadecvate (uneori respinse din conștiință), ceea ce le oferă o satisfacție secretă. Când aceștia te critică (în loc de a se critica pe ei), nu fac decât să îți diminueze vinovăția, și continui să te comporți inadecvat.

Johnson și Szurek au fost primii care au descris această modalitate interesantă de apărare întâlnită la adolescenți, iar de atunci diferitele forme de „acting out” și „acting în „16 au fost elaborate considerabil (Rexford, 1978; Paniagua, 1997).

În opera lui Wagner (1870), Die Walküre, zeul Wotan îi poruncește fiicei sale preferate, zeița Brünnhilde, să îl omoare pe Siegmund, mult iubitul fiu al lui Wotan, care era jumătate zeu, jumătate om. Decizia i-a fost impusă lui Wotan de către soția sa Fricka, ca pedeapsă pentru că îl crescuse pe Siegmund rebel și incestuos (el întreținuse raporturi sexuale cu sora sa geamănă, Sieglinde, care era căsătorită). Cu toate acestea, Brünnhilde simte că, în realitate, Wotan nu dorea ca fiul său să moară, cerând acest lucru doar pentru că se temea de pedeapsa promisă de Fricka. Drept urmare, Brünnhilde încearcă să îl salveze pe Siegmund pe câmpul de luptă. Datorită acestei „tregeri la act”, ea va fi pedepsită de Wotan prin pierderea divinității și adormire, până ce va fi trezită de sărutul unui bărbat.

Brünnhilde s-a identificat inconștient cu dorințele tatălui său, la care acesta renunțase sub amenințarea pedepsei venite din exterior (*externalizare*). Ea pune în act dorințele reprimite de tată, care astfel o va pedepsi, în loc de a primi el însuși pedeapsa soției. Este interesant că Brünnhilde îi amintește lui Wotan aceste dinamici, înainte ca el să-și ducă la îndeplinire pedeapsa. Wotan își dă seama că ea are dreptate și îi dă o pedeapsă mai ușoară.

34. Identificarea cu o imagine sau cu un obiect

idealizat (Carlson, 1977)

Te modelezi după cineva pe care îl consideri remarcabil. (Indiferent dacă celălalt are aceste calități sau ele sunt doar proiecția omnipotenței fantasmate a individului.)

Bios (1979) a observat faptul că alegerea carierei la băieți este influențată în ultima perioadă a adolescenței de procesul de separare de tatăl iubit (ca reprezentant al legii). Afectul depresiv temporar pe care această pierdere simbolică îl produce îi determină pe băieți să utilizeze identificarea cu tatăl în mod defensiv. Prin urmare, aceștia vor tinde să încorporeze în Idealul Eului acele aspecte legate de sistemul de valori al tatălui, pe care (cel puțin în parte) ei le-au respins în etapa mijlocie a adolescenței.

Această apărare acționează și în cazul indivizilor atrași de diferite culte. Aceștia se modelează după personalitatea liderului, evitând astfel diferite afecte ce le produc neplăcere.

35. Identificarea cu agresorul (A. Freud, 1936)

Posterioară faptei. Te porți abuziv față de cineva, pentru că ai fost la rândul tău, în trecut, victima unui abuz. Acest mecanism are rolul de a te proteja de conștientizarea sentimentelor de furie. Dacă comportamentul abuziv devine cronic și generalizat, te încadrezi în tipologia caracterelor sadice, devenind un agresor. (83) 17.

RECOMANDAREA NR.1

Puteți observa manifestarea acestui mecanism atunci când reluați ședințele după perioada vacanței sau o altă perioadă de întrerupere, sau chiar și atunci când întârziați câteva minute la o ședință. Se poate ca pacientul să lipsească la rândul său de la o ședință sau să întârzie. Dacă se întâmplă acest lucru, puteți încerca să îi arătați că această apărare îl protejează de rușinea resimțită pentru că i-a fost dor de terapeut sau a furiei că acesta l-a părăsit (ce se pot datora transferului).

RECOMANDAREA NR. 2

Dacă sunteți cadru didactic și observați că un copil se comportă abuziv cu colegii, trebuie să vă întrebați dacă nu cumva el este în familie victima unui abuz fizic sau emoțional.

Anterioară faptei. Pentru că te așteapți la ostilitate din partea celuilalt, te vei comporta de la început în mod ostil. Acest mecanism ridică serioase probleme în cazul copiilor ce au fost victime ale unor abuzuri fizice, descoperite de autoritățile de protecție care au decis ulterior trecerea în plasament a acestora. Deși astfel de copii pot mobiliza numeroase tipuri de apărări, comportamentul agresiv nejustificat față de părinții adoptivi constituie adesea o problemă.

Pe de altă parte» în mod normal copiii se identifică cu agresorul pentru a se elibera de anxietatea rezultată în urma proiecției ostilității lor competitive asupra părinților, care în procesul de educare sunt considerați ca „agresori”. Înșușirea de către copii a atitudinilor parentale contribuie la formarea Supraeului acestora (Sandler, 1960).

De exemplu, când băiețelul meu avea patru ani, l-am învățat să nu aducă băuturi în living, pentru că anterior pătasese covorul. Ulterior, când am venit cu o ceașcă de cafea în cameră pentru a ne juca cu cuburile, el mi-a spus: „Tați, fără băuturi aici! Du ceașca înapoi în bucătărie”.

k

36. Identificarea cu victima (MacGregor, 1991)

Te porți după modelul altcuiva, acceptând să fii agresat sau provocând abuzul. Comportamentul este motivat de dorința de a fi salvat sau de apărarea împotriva sentimentelor de furie sau vinovăție.

Domnul S, un preot vicar în vârstă de 35 de ani, se lăsa frecvent agresat de către parohul bisericii. Analiza a scos la iveală faptul că, aparent, domnul S se comporta în mod similar fratelui său mai mic, asupra căruia tatăl își revărsa în copilărie furia sub forma pedepselor fizice. Pacientul scăpase de acestea, fiind protejat de mamă.

Vinovăția domnului S, determinată în parte de

sentimentele de rivalitate cu fratele, precum și de furia distrugătoare resimțită la adresa tatălui abuziv, îl determinase să devină la rândul său victima abuzurilor repetate din partea parohului bisericii, asupra căruia *transferase* inconștient sentimentele față de tată, în alte situații, pacientul era cel care provoca inconștient pedeapsa din partea parohului – *provocarea masochistă*, ca apărare, (vezi și Freud, 1919, 1923).

Altfel spus, domnul S se identificase cu fratele, acceptând astfel să fie pedepsit pe nedrept. Motivația sa principală era diminuarea sentimentelor intense de vinovăție.

37. Identificarea cu obiectul pierdut (Freud, 1917; Volkan, 1987 a)

Pentru a evita sentimentele dureroase produse de doliu, îți însușești unele caracteristici ale persoanei iubite și pierdute. Când păstrezi de asemenea suveniruri și nu poți face doliul pierderii, se „instaurează doliul patologic” (Volkan, 1987 a).

Același preot vicar (din exemplul de mai sus, 36) își venera mama „martiră” care murise de cancer pe când pacientul avea 17 ani. El nu a putut face niciodată doliul pierderii acesteia. Pe de altă parte, el se lăsa abuzat la fel cum aceasta suferise din cauza abuzurilor soțului; adică pacientul folosea și identificarea cu obiectul pierdut. Îndurarea cu stoicism a abuzurilor avea rolul simbolic de a o păstra pe mamă „vie” (adică, evitând să facă doliul pierderii acesteia).

38. Identificarea cu introiectul (Sandler, 1960)

În perioada dztență, odată formată reprezentarea mentală a unui obiect, aceasta devine ulterior parte a Supraeului.

În patologia adultă, dacă individul încorporează în imaginea de sine anumite trăsături ale celui decedat, pe care inconștient le urăște, el poate întoarce această ură asupra propriei persoane, ceea ce duce la instaurarea depresiei reactive (Freud, 1917; Volkan, 1987 a).

Mai mult, dacă terapeutul ce tratează un astfel de pacient „absoarbe” temporar în imaginea de sine aspecte ale pacientului (deja introiectate de acesta), terapeutul poate dezvolta o reacție contratransferențială (ceea ce Racker [1953] denumește „identificare concordantă”). Adoptarea inconștientă de către terapeut a unei atitudini specifice unei persoane importante din trecutul pacientului poartă numele de „identificare complementară”.

O femeie de 30 de ani, ce suferea de depresie și avea probleme maritale, era deranjată că soțul nu îi vorbea, nu își exprima verbal afecțiunea față de ea și părea să fie interesat doar de aspectul sexual al relației. Dacă terapeutul se află în „identificare concordantă” cu pacienta, ar putea să o întrebe de ce tolerează o astfel de situație. Dacă este vorba de o „identificare complementară” (cu soțul pacientei), terapeutul ar întreba probabil de ce pacienta îl învinovățește doar pe soț pentru problemele din cuplu.

RECOMANDARE

Adresarea unor întrebări directe pacientului poate fi riscantă (Dorpat, 2000). Încercați mai bine să clarificați ce apărări folosește acesta. Sau, dacă nu știți ce să interpretați, așteptați să apară noi informații.

39. Seducerea agresorului (Loewenstein, 1957)

Când îți este teamă de cineva adopti un comportament sexual seductiv sau măgulitor față de acesta, pentru a dovedi contrariul.

Probabil că indivizii folosesc acest mecanism în combinație cu alte apărări, cum sunt: *formațiunea reacțională, inhibarea judecării, reacțiile contrafobice și minimalizarea*. Acest gen de apărări pot conduce la alegerea unui partener total nepotrivit (de exemplu, o femeie crede că va putea schimba un „băiat rău”, prin iubirea pe care o poartă acestuia).

Domnul JE, un muncitor instalator de 30 de ani, era supărat și deprimat din cauza relației cu partenera actuală. El a relatat că fusese părăsit de soție, care

împreună cu noul iubit puseseră bazele unei afaceri cu site-uri pornografice. Partenera din prezent își câștiga existența din astrologie și chiromanție. El raționaliza că dacă o va lua de soție și o va întreține financiar, ea nu va mai fi nevoită să câștige banii pe aceste căi necinstite. El deja îi cumpărase un frigider și un computer noi.

Dintre dinamicile numeroase ce stăteau la baza problemelor domnului JE, i-am recomandat terapeutului său să interpreteze mecanismul seducerii agresorului (precum și modul cum domnul JE minimaliza aparentele trăsături antisociale ale partenerei). Terapeutul a urmat această indicație, iar pacientul a simțit o mare eliberare. El a început să accepte faptul că își alegea parteneri nepotrivite, după care încerca să își depășească temerile legate de acestea prin adoptarea unui comportament „binevoitor și suportiv”.

Apare ca evident faptul că este de dorit ca terapeutul să evite să mobilizeze inconștient *seducerea agresorului* în relația cu pacientul, chiar dacă unii pacienți pot stimula o astfel de apărare, atunci când amenință să abandoneze terapia. Acest lucru este posibil datorită folosirii de către pacient a *identificării proiective*, prin care creează în terapeut anxietatea legată de pierderea obiectului.

Dr. C a prezentat, în cadrul unei întâlniri psihanalitice, cazul unei paciente adulte, doamna R. Aceasta anula numeroase ședințe. Dr. C a relatat cum începuse să privească pe fereastră înainte de ședințe, întrebându-se dacă pacienta va veni.

Ca răspuns la întrebarea adresată de unul dintre participanți, dr. C. a mărturisit că nu o confruntase pe pacientă cu privire la ședințele anulate, ci doar îi ceruse acesteia să le plătească. Doamna R nu avusese nicio obiecție în acest sens.

Având în vedere istoria de viață a pacientei, unul dintre interlocutori a întrebat dacă terapeuta interpretase încercările doamnei R de a o face să simtă ceea ce ea trăise în copilărie: dor intens și nesiguranță în legătură cu

o mamă ce era mai tot timpul plecată în călătorii, oferindu-i doar suport material. Dr. C a admis că nu se gândise la acest aspect; simțise că era mai bine să „conțină” nevoia doamnei R de independență. Dr. C nu dorea ca pacienta să renunțe la terapie, întrucât simțea că aceasta avea nevoie să fie ajutată.

Opinia mea a fost că prin atitudinea sa înțelegătoare și „conținătoare”, dr. C, în mod inconștient *seducea agresorul* (doamna R), pentru a se apăra de anxietatea legată de posibilul abandon al pacientei. Probabil că această anxietate era stimulată de comportamentul plin de ostilitate și respingere al doamnei R.

RECOMANDARE

Atunci când în timpul unei consultații sau pe parcursul terapiei pacienții încearcă să vă folosească în alt mod decât terapeutic, aceste manevre semnifică adesea atacuri simbolice. Este important să nu acceptați (din „bunavoință”) cererile neobișnuite sau nerealiste ale pacienților sau ca aceștia să lipsească repetat de la ședințe.

III.

Apărări specifice perioadei de latență și adolescenței;
alte tipuri de apărări

Perioada de latență (între 6 și 11 ani)

40. Sublimarea (A. Freud, 1936)

Pentru a te apăra de fantasme sexuale sau distructive șocante, te angajezi într-o activitate cu scop practic, care parțial ține, simbolic, locul fantasmei. Astfel, fantasma rămâne în plan inconștient chiar și pentru tine și va fi înlocuită de interesul pentru activitate.

Părinții și cadrele didactice fac eforturi considerabile pentru a le trezi copiilor din ciclul gimnazial interesul pentru diferite activități - artă, muzică, atletism, colecționarea obiectelor - considerate intuitiv ca fiind „benefice”. Și așa și este. Toate aceste activități sunt o modalitate de descărcare pentru fantasmele sexuale și agresive.

Am fost solicitat să merg la un centru de plasament catolic, unde avuseseră loc mai multe tentative suicidare, într-un interval de timp relativ scurt. Centrul adăpostea mai mult de 200 de fete, de diferite vârste (de la gimnaziu până la liceu), majoritatea acestora fiind victime ale unor abuzuri fizice sau sexuale parentale.

După evaluarea a mai mult de 30 de fete cu tentative suicidare, a reieșit că, independent de diferențele individuale, exista și o problemă instituțională. Aceasta părea legată de faptul că principala sancțiune disciplinară consta în interzicerea participării la o serie de activități extrașcolare, ca de exemplu, sport, dans și lecții de artă. I-am explicat conducătorului centrului că, în special în cazul fetelor ce resimt furie datorită abuzurilor suferite, este extrem de important să li se permită modalități sanogene de eliberare a agresivității (sublimări). În caz contrar, această agresivitate ostil-distructivă va fi întoarsă asupra propriei persoane, ducând la tentative suicidare. Am recomandat ca sancțiunile să se axeze pe îndatoriri sau activități casnice suplimentare, astfel încât fetele să poată folosi în continuare căile de sublimare sanogene.

41. Comportamentul provocator

(Freud, 1916; Berliner, 1947; C. Brenner, 1959, 1982

a)

Te porți astfel încât să-i determini pe ceilalți să-ți facă ceva. Dacă finalul este unul sexual, atunci ai indus în celălalt o fantasmă sexuală. Dacă ești agresat, i-ai incitat să te facă să suferi, posibil să te pedepsească, pentru a-ți diminua vinovăția resimțită.

Pe perioada formării mele în psihiatria generală, unii rezidenți își arătau disprețul față de indivizii provocatori, numindu-i „excitatori ai inconștientului”. De exemplu, „vânătorii” sexuali au găsit diferite moduri de manipulare pentru a-și convinge victimele vulnerabile să se angajeze în activități sexuale.

De regulă, se presupune că persoanele atractive sau cu un comportament seductiv sunt întrucâtva conștiente

de ceea ce fac și că urmăresc un scop precis. Însă există și situații în care provocatorul (sau provocatoarea) este relativ surprins (a) de excitația pe care o trezește în celălalt – datorită activării unor apărări inconștiente, printre care *provocarea* interesului sexual în celălalt, însoțită uneori și de *negarea* efectelor reale ale comportamentului său.

În 2002, un coleg a relatat o consultație atipică avută cu o pacientă foarte atractivă, care s-a plâns de faptul că toți bărbații întâlniți păreau să își manifeste imediat interesul sexual față de ea. Un aspect particular era că ea purta la birou o bluză transparentă fără sutien. La un moment dat, terapeutul a sugerat discret că pacienta părea să nu realizeze că problema sa putea fi legată de modul său de a se îmbrăca. La început aceasta s-a apărat, raționalizând că bluzele transparente erau „la modă”. Cu toate acestea, a înțeles curând că explicația era o raționalizare și că inconștient le provoca celorlalți interesul sexual, în timp ce dorințele sale exhibiționiste rămâneau în afara câmpului conștiinței. Ea și-a îmbrăcat haina, rămânând astfel pentru tot restul consultației.

Este posibil ca indivizii masochiști, ce își provoacă suferință, să încerce să se elibereze de vinovăție, deși motivațiile autopedepsirii pot avea la bază și alte dinamici (Novick & Novick, 1996). Printre numeroasele motive, se pot număra:

controlul asupra momentului producerii unei experiențe neplăcute, de care se tem (*transformarea pasivității în activitate*)

dovedirea prin procrastinare (amânare) că pot, în mod repetat, face față unor situații neplăcute, în care îl fac pe celălalt să aștepte și să-i declanșeze astfel iritarea împiedicarea accesului în conștiință al pulsionilor distructive îndreptate către o victimă – *identificarea cu victima* (MacGregor, 1991)

repetarea inconștientă, în formă simbolică, a traumelor anterioare, pentru a se convinge de veridicitatea

ideilor magice (gândirea magică) și a răspunde diferit la evenimentul traumatic („punerea în act” a conflictelor transference)

provocarea ostilității și criticismului din partea semenilor, care de fapt reprezintă propriile sentimente resimțite la adresa acestora fantasma că fac inofensivă o persoană care le provoacă angoasă (Loewenstein [1957] *seducerea agresorului*)

comportamentul adeziv față de un iubit narcisic sau sadic, pentru a controla propria anxietate și depresie legate de pierderea acestuia provocarea luptelor pentru putere, în scopul evitării unor dorințe sexuale conflictuale (*regresie libidinală anală*)

„Îmblânzirea” unor figuri autoritare, astfel încât să obțină magic „puterea falică” a acestora (*identificarea cu obiectul idealizat*, implicând ceea ce Greenacre [1956] a denumit „fascinație a penisului” patologică)

crearea sau împiedicarea la nivel inconștient a fuziunii identităților (adică dintre reprezentarea sinelui și cea a obiectului), datorată unei slabe diferențieri a sinelui de obiect și conflictelor privind distanța emoțională (Akhtar, 1994)

transformarea pulsuniilor, astfel că suferința capătă, la nivel simbolic, o semnificație sexuală (Freud, 1919)

obținerea *simbolică* a unei gratificări orale sau genitale din partea celui care îi face să sufere, asociată cu ideea că acesta îi iubește (apărare versus pierderea iubirii)

diminuarea vinovăției legată de sexualitate, astfel încât excitarea sexuală să le poată produce plăcere.

42. Raționalizarea (Symonds, 1946)

Găsești justificări. (Nu ești, conform accepțiunii comune, „excesiv de rațional”). Un obsesional va folosi alături de *raționalizare*, și *izolare*, *formațiunea reacțională*, *anularea retroactivă* și *intelectualizarea*. Cei care lucrează ca ofițeri de probațiune ar putea întâlni la psihopații criminali *raționalizarea*, însoțită de *învinovățirea proiectivă* și *comportamentul evaziv*. Dintre pacienții

psihiatrice, psihoticii și cei cu tulburare de tip borderline folosesc raționalizarea împreună cu *negarea, identificarea proiectivă și clivajul*.

Doamna LM, de 37 de ani, îi intentase proces unui bărbat, datorită unor stări de angoasă ce începuseră după un minor accident rutier. Acesta mersese cu mașina în marșarier, în timp ce doamna LM se afla pe bancheta din spate. Ea pretindea că simptomele sale includeau insomnii și crize de angoasă severă. Singura „leziune” fizică de pe urma accidentului produs la o viteză de doar 3 mile pe oră era o echimoză la degetul arătător. În timpul examinării psihiatrice judiciare legate de proces, doamna LM a recunoscut că auzea voci atât din spațiu, cât și din trecut; acestea îi dictau „să scrie mecanic”.

Ea a *raționalizat* că simptomele sale schizofrenice aveau drept cauză lovirea degetului arătător, ca urmare a accidentului².

43. Ruminarea mentală

„Analizezi excesiv”, în încercarea de a rezolva o problemă, ceea ce în realitate servește la evitarea altor gânduri și senzații, înlocuite astfel de ideile repetitive. În esență, aceasta se traduce ca „o funcționare mentală în gol”.

O pacientă divorțată, în vârstă de 35 de ani, a petrecut în terapie săptămâni întregi încercând să „înțeleagă de ce” ultimul partener se despărțise de ea. Într-un final am putut înțelege că această ruminare avea rolul de evitare a durerii (afectelor depresive) produse de despărțire.

44. Comportamentul contrafobic (Bios, 1962, 1979)

Faci exact acel lucru de care îți este teamă, pentru a dovedi că nu ești înspăimântat.

O colegă analist a ajuns, după o evaluare detaliată, la concluzia că pacientul său narcisic ar fi putut beneficia mai mult de pe urma unei terapii psihanalitice intensive. Prin urmare, i-a recomandat acestuia să mărească frecvența ședințelor la patru pe săptămână, numărul

standard. Prima reacție a pacientului a fost să expună detaliat toate dificultățile și conflictele cu care se confrunta, acceptând că terapia intensivă i-ar permite să se cunoască mai bine. Cu toate acestea, în ședința următoare, el a pretins că nu putea lipsi de la serviciu pentru a veni atât de des la terapie.

Folosind tehnica confruntării, analista i-a sugerat pacientului faptul că scuzele găsite îl protejau împotriva anxietății de a se simți dependent de ea. Atunci el a mărturisit că încă din anii de școală nutrea dorința de „a rămâne invizibil”. Pacientul își descria relațiile ca pe o „rețea elaborată de etaje și uși” la care doar el avea cheile - îi putea lăsa pe ceilalți să se apropie emoțional sau nu.

Faptul că inițial pacientul a acceptat să mărească frecvența ședințelor a fost în mod corect interpretat de analistă drept un răspuns *contrafobic*, ca apărare împotriva conflictelor legate de apropierea emoțională și angoasele asociate: de fuziune a sinelui cu obiectul și cea de castrare.

RECOMANDARE

Încercați să interpretați acest mecanism la adulții care cer insistent o terapie intensivă, dar ulterior se răzgândesc (își pierd curajul).

Este de asemenea imperativă confruntarea imediată a comportamentelor contrafobice care le pun viața în pericol adulților ce iubesc riscul și se expun unor situații limită. Comportamentul acestora este comparabil cu cel tipic copiilor aflați în perioada de latență și adolescenților, care își asumă astfel de riscuri în vederea reducerii anxietății sociale, de castrare și a celei legată de pierderea Sinelui.

Ca pentru a complica lucrurile, copiii sunt adesea încurajați să își învingă teama de noi situații „experimentând”. Dacă nu este folosită excesiv, apărarea contrafobică poate fi adaptativă. Cu toate acestea, atunci când fiul dumneavoastră adolescent adaugă la comportamentul contrafobic și *negarea prin act*,

raționalizarea și inhibiția judecării, s-ar putea să rămâneți fără răsuflare când veți vedea că încearcă să sară cu motocicleta peste noua dumneavoastră mașină de teren (SUV).

45. Intelectualizarea (A. Freud, 1936)

Ești absorbit de o teorie eronată pe baza căreia îți justifici comportamentul. Aceasta te ajută să nu îți recunoști sentimentele (susține *izolarea* ca apărare, prin care trăirea afectului este împiedicată să devină conștientă).

Un profesor de facultate, în vârstă de 42 de ani, a mărturisit în timpul evaluării că își înșela soția. Când am subliniat că ezitase să vorbească despre asta (reprimare), el a început să plângă pe motiv că își făcea soția să sufere. Din senin m-a întrebat dacă se putea vindeca de depresie luând Prozac. El citise că depresiile erau cauzate de un „dezechilibru chimic”. Când am interpretat că s-ar fi simțit mai puțin vinovat dacă am fi discutat despre chimia creierului, pacientul a încuviințat, după care a recunoscut și alte infidelități ce îi trezeau vinovăție.

RECOMANDARE

Din moment ce *intelectualizarea* se bazează pe folosirea unei funcții autonome a Eului (inteligența) în scopuri defensive, aveți grijă să nu interpretați eronat drept apărare o activitate intelectuală normală.

46. Socializarea și distanțarea (Sutherland, 1980)

Îți folosești abilitățile sociale (o funcție autonomă a Eului) pentru a te distra de la gândurile dureroase. Dacă ești deprimat, te vei dedica activităților sociale eliberându-te astfel de sentimentele neplăcute. Dacă ai probleme legate de stima de sine, vei încerca să te convingi că ceilalți te plac.

Unii indivizi suferind de anxietate legată de relațiile de obiect (privind fuziunea Sinelui cu obiectul) folosesc ca apărare distanțarea în grade variate. La aceștia am să mă refer cu termenul figurat de „comete”. „Cometele” au de regulă o personalitate de tip borderline. Ca și cometele

propriu-zise, ce gravitează inițial în jurul Soarelui (cald), întorcându-se ulterior în spațiul astral (rece), „cometele” umane intră și ies alternativ din relațiile emoționale apropiate. Cometele *socializează* pentru a obține periodic iubirea, însoțită de gratificare narcisică și sexuală (ca o cometă ce intră pe orbită în jurul Soarelui) și pentru a evita singurătatea. Însă mai devreme sau mai târziu, aceștia evadează (într-o atitudine de „răceală” spațială), părăsind persoana iubită cel puțin pentru o perioadă; ei ar putea să revină la aceasta după un timp. (Balint [1955] a denumit astfel de persoane „philobats”. Însă termenul a fost rar folosit.)

Alți indivizi se comportă asemănător sateliților: aceștia au o personalitate de tip borderline mai scindată (tipul schizoid) și folosesc mecanismul *distanțării permanente*. Ei se mențin la o distanță emoțională considerabilă față de ceilalți. *Socializarea* îi ține

„Pe orbită”, ceea ce le furnizează un anumit grad de satisfacere a nevoii de relații obiectale, însă de „la distanță”. (Balint [1955] descrie acest tip ca „ocnophili”. Însă și acest termen este rar folosit.)

Atât „cometele”, cât și „sateliții” tind să folosească *socializarea* în scopul:

evitării anxietății de fuziune a sinelui cu obiectul, ce apare în relațiile intime stabile și de durată (Akhtar, 1992 a), și diminuării afectelor depresive (sentimentul de abandon) produse de distanțarea emoțională.

47. Investirea pulsională a unei funcții a Eului (Hartmann, 1953)

Atașezi unei funcții a Eului o semnificație sexuală sau agresivă, evitând astfel să te gândești la sentimentele conflictuale trezite de dorința pulsională. Dacă funcția respectivă capătă o conotație sexuală (de pildă, „Femeia din fața mea s-a aplecat; aceasta este probabil o invitație sexuală”), folosești „sexualizarea” (Coen, 1981), denumită și „erotizare” sau „investire libidinală”. Dacă semnificația dată funcției Eului este una ostilă („a judeca oamenii este

ceva rău”), investirea este una agresivă.

Elevii de liceu, „acei bufoni ai clasei”, investesc libidinal vorbirea, găsim o conotație sexuală în orice expresie, de exemplu atunci când o colegă se plânge că este o zi călduroasă, spunând: „M-am înfierbântat!”

Despre bărbații care consideră mecanica auto un „domeniu exclusiv masculin” și sunt pricepuți la astfel de activități, am putea spune că ideea „de a fi unul dintre băieți” le diminuează anxietatea legată de propria masculinitate. Filmul *My Cousin Vinny* (Launer, 1992) ilustrează acest tip de gândire irațională legată de mașini ca simbol exclusiv al masculinității: iubita lui Vinny, în calitate de martor surpriză, expert în controlul tracțiunii automobilelor, îl ajută pe acesta să câștige procesul și să își salveze cariera.

48. Inhibarea unei funcții a Eului

(Freud, 1926; Antony, 1961)

Odată ce uneia dintre funcțiile autonome ale Eului (de exemplu, inteligența, abstractizarea sau vorbirea) îi este atașată o semnificație sexuală sau ostilă, aceasta poate intra în conflict cu cerințele Supraeului, dând naștere la anxietatea legată de pedeapsă și la afectele depresive. În consecință, mintea poate bloca funcția Eului investită pulsional, ca apărare împotriva afectului asociat. Pentru că această activitate defensivă prezintă o importanță deosebită, voi descrie în continuare modul în care afectează diferitele funcții autonome ale Eului.

CONTROLUL PSIHOMOTOR

O femeie în vârstă de 25 de ani, ce locuia împreună cu mama sa, a dezvoltat o incapacitate severă de a folosi unul dintre brațe. Pe parcursul terapiei psihanalitice, am înțeles împreună că se simțea vinovată pentru dorințele sale agresive de a o lovi pe mamă. Astfel, incapacitatea dezvoltată o împiedica să pună în act aceste dorințe sau măcar să conștientizeze ostilitatea resimțită la adresa acesteia.

Dezvoltarea simptomului, pe lângă faptul că

reprezenta o pedeapsă, îi afecta și controlul psihomotor. Cu alte cuvinte, simptomul de conversie (slăbiciunea) se datora inhibării acestei funcții a Eului investită agresiv (adică, brațe puternice = își lovește mama și se simte vinovată; drept urmare, slăbiciunea brațelor = pedeapsă și nu o lovește pe mamă).

VORBIREA

Într-un caz de inhibiție a vorbirii, un medic în vârstă de 67 de ani, dr. O (vezi și Cath, 1986) a venit la consultație datorită unui bālbnisni sever, după ce posibilele etiologii organice fuseseră eliminate. Acesta a specificat că simptomul apăruse în urmă cu câteva luni, în timpul unei sedințe, deși nu își putea aminti exact în legătură cu ce.

Când am interpretat posibilitatea ca apariția bālbnismului să aibă o semnificație simbolică, dr. O a chicotit ironic. Aceasta l-a făcut mai întâi să se gândească la nemulțumirea legată de profesia de medic, după care a încercat imediat să pună acest lucru (detașare prin raționalizare) pe seama măsurilor guvernamentale. Interpretarea acestei raționalizări (scuză) ca apărare i-a provocat pacientului angoasă și furie intense. Cu câțiva ani în urmă, el își propusese să se retragă din practica medicală, însă un coleg mai tânăr de care era foarte apropiat îl convinsese să accepte o funcție de conducere în cadrul unui grup medical. Dr. O a realizat că dorința de a se pensiona îi trezise rușine și vinovăție, la gândul că își va dezamăgi discipolul. Am sugerat că gândurile și sentimentele sale puteau avea legătură cu bālbnismul, ca pedeapsă prin limitarea capacității de exprimare. El a adăugat: „Da. Ca să nu pot spune ceea ce doream, adică: «îmi dau demisia!»”.

Când a revenit în săptămâna următoare la sedință, bālbnismul dispăruse, iar pacientul plănuia să se pensioneze în decursul lunii ce urma. A mărturisit că, deși gândul pensionării îl făcea să se simtă ușor deprimat, îi dădea totodată și un sentiment de eliberare.

În cazul dr. O, actul vorbirii avea semnificația

simbolic-agresivă de a demisiona (ca acțiune motivată de frustrare și furie). Investirea agresivă a funcției vorbirii a intrat în conflict cu vinovăția (față de Supraeu), acesta fiind rezolvat printr-o acută *inhibiție a funcției vorbirii* (bălbismul).

PERCEPȚIA

Inhibițiile vizuale, ca limitări defensive ale unui aspect al percepției, pot să apară la copiii care au asistat adesea la actele sexuale dintre adulți. În cazul acestora, a privi capătă un simbolism sexual. La copiii preșcolari, stimularea unor gânduri sexuale amenință să copleșească psihicul (anxietatea de fragmentare a Eului); la cei de vârstă școlară, conflictul dintre funcția investită sexual și conștiință dă naștere la anxietatea față de Supraeu (vinovăție); în ambele cazuri, anxietatea poate avea ca efect o inhibiție vizuală defensivă. Ulterior, în alte situații în care această funcție este implicată, ca de exemplu cititul, suprastimularea sexuală îl poate face pe copil să refuze sau să nu poată să citească, datorită simbolismului asociat vederii (a privi = a fi copleșit sau = a fi „rău”). Astfel de copii trebuie diferențiați de aceia cu probleme neurologice sau cu întârzieri în dezvoltare datorate unor cauze idiopatice (Marcus, 1991).

Inhibiția vederii este mecanismul implicat de regulă în orbirea psihogenă (sau „истерică”) – în care a privi a căpătat o semnificație ostilă sau sexuală și, prin urmare, a fost inhibată. „... Această formulare ar putea fi valabilă și pentru orbirea nevrotică descrisă de Freud (1910). Investirea sau reinvestirea pulsională poate întârzia sau favoriza dezvoltarea Eului” (Barglow & Sadow, 1971, p. 438).

MEMORIA

Uneori, amintirea a ceva poate fi atât de conflictuală încât nu este suficientă doar refularea acelui aspect. Din acest motiv, individul își poate inhiba funcția de memorare, ceea ce produce stări de tipul „profesorului distrat”.

Doamna N, o femeie educată, în vârstă de 32 de ani,

care divorțase, a cerut o terapie bazată pe insight, datorită unor simptome anxioase și depresive. La primul interviu, aceasta nu și-a putut aminti durata mariajului, ziua de naștere sau când trebuiau plătite taxele către IRS (15 aprilie). I-am recomandat pacientei să facă un control neurologic și o evaluare neuropsihologică, ambele ieșind negative. Când i-am sugerat doamnei N că problema sa de memorie se putea datora unui mecanism de apărare, aceasta a început să plângă și a admis jenată că nutrea gânduri legate de uciderea cu sadism a fostului soț, a tatălui său și în general cu privire la bărbați.

Conflictul dintre memorie (care simboliza furia intensă) și rușinea resimțită generase anxietatea față de Supraeu, de care ea se apăra inconștient prin inhibiția memoriei. După interpretarea acestor conflicte, funcționarea memoriei pacientei s-a ameliorat considerabil.

INTELIGENȚA

Restrângerea defensivă a acestei funcții datorată unei investiții simbolice este destul de frecvent întâlnită. De exemplu, dacă unei materii academice îi este atribuită o conotație legată de apartenența la sex, aceasta poate deveni imposibil de asimilat de către unii indivizi. Mediul social și atitudinile profesorilor sau ale colegilor contribuie și ele la o astfel de problemă. În Statele Unite, fetele consideră adesea că matematica sau subiectele științifice sunt „materii pentru băieți”. La rândul lor, aceștia tind să vadă arta și subiectele umaniste „ca rezervate fetelor”. Astfel de investiții emoționale pot fi conștiente și/sau inconștiente. În ciuda eforturilor pentru egalitatea dintre sexe în plan profesional, se întâmplă încă destul de rar ca fetele să se înscrie la universități politehnice sau ca băieții să își ia licența în istoria artei.

Poziția adoptată de un băiețel de șase ani ilustrează cu ușurință funcționarea acestei apărări: marna sa era de profesie neurochirurg, iar tatăl medic dermatolog. Întrebat fiind ce dorește să se facă atunci când va fi mare, el a

răspuns: „dermatolog”. La întrebarea de ce nu dorește să fie neurochirurg, argumentul său a fost: „Nu vreau. Asta este pentru fete”.

În clinică, utilizarea acestui mecanism ridică o varietate de probleme complexe. Unii bărbați consideră că tot ce ține de psihoterapie este „feminin” și, datorită atribuirii acestui simbolism legat de genul sexual (*sexualizare*), aceștia se confruntă cu rezistențe foarte mari la tratament (Freud, 1937). O parte dintre femei, deși sunt comunicative în relațiile de prietenie de același sex, devin tăcute atunci când se află într-un grup în care sunt și bărbați, întrucât consideră că a vorbi deschis „este un atribut al bărbaților egocentrici și competitivi” – așa cum s-a exprimat o pacientă aflată în terapie. Altfel spus, femeia respectivă poate renunța să „intervină”, atunci când consideră că acest lucru este un simbol al masculinității. Alte forme pe care le îmbracă la femei inhibițiile de a vorbi deschis au fost descrise de Gilligan (1980).

Aspectul inhibiției intelectuale le-a trezit psihanalistilor un interes considerabil timp de mai multe decenii. Baruch (1952) descrie tratamentul psihanalitic al unui băiat diagnosticat inițial cu posibile deficiențe de învățare, care, în urma terapiei, a dovedit un nivel superior de inteligență și capacitatea de a obține performanțe școlare.

SENZORIALITATEA4

Inhibiția proceselor senzoriale poate de asemenea să se manifeste la unii indivizi sub formă de apărare caracterială. Un rezident în psihiatrie a relatat că își „pierdea concentrarea” în timpul discuțiilor aprinse și energice purtate de colegi pe tema ostilității, deși starea sa de conștiință nu era serios afectată. În alte ocazii, această problemă nu apărea. În cazul său, a reieșit că „problema” se datora conflictelor legate de ostilitate. Vigilența era investită agresiv, după care era restrânsă în mod defensiv.

RELAȚIA CU REALITATEA SAU PERCEPȚIA REALITĂȚII.

Inhibarea percepției realității (Frosch, 1964, 1966, 1970) a apărut în cazul doamnei T, de 38 de ani, care mi-a relatat cum, împreună cu soțul, au fost în pericol să fie uciși în 1980, pe vremea invaziei Statelor Unite în insula Grenada din Caraibe. (Această pacientă utiliza și *negarea prin act*, așa cum am descris anterior).

Doamna T și soțul acesteia ignoraseră avertismentele emise de Departamentul de Stat (pe care le-au considerat ca fiind exagerate și restrictive) privind evitarea croazierelor către Grenada datorită activităților desfășurate în zonă de către insurgenții comuniști. Cei doi au navigat cu propria ambarcațiune spre Grenada, unde au fost întâmpinați de guerilele cubaneze. Deși fuseseră salvați de începutul invaziei americane, doamna T a mărturisit că o „uimise” să vadă „cubanezi reali cu arme automate!” Chiar dacă auzise avertismentele, ea „nu îl crezuse pe Reagan”. (Avea convingerea că acesta vedea orice situație drept o sursă de conflict).

Privind această situație retrospectiv, probabil că doamna T nu numai că a negat prin act realitatea, navigând în zona respectivă, dar a și *proiectat* asupra președintelui Reagan propria *percepție a realității* investită agresiv (ea se afla în conflict cu Departamentul de Stat), funcție pe care o *inhibase* datorită sentimentelor de teamă și vinovăție. Similar, aceasta a ignorat realitatea externă (avertismentele Departamentului de Stat), datorită inhibării capacității de a gestiona agresivitatea, fie ea externă sau internă. Dezinhibarea percepției realității s-a produs atunci când a fost pusă în fața faptului concret. (Ea a putut *testa* realitatea, chiar dacă un pic cam târziu!).

TESTAREA REALITĂȚII

Inhibiții în privința funcției de *testare a realității* sunt des întâlnite la pacienții nevrotici ce au tendința de a face presupuneri false despre o persoană sau o situație. Pentru aceștia, verificarea impresiilor este considerată un proces

„prea intruziv” (adică, prea agresiv sau nepoliticos). Cu alte cuvinte, actul de a verifica veridicitatea opiniilor dobândește sensul simbolic de agresivitate distructivă (sau în alte situații, de curiozitate sexuală) și este blocat defensiv în scopul diminuării vinovăției. Inhibițiile în testarea realității diferă considerabil de deficiențele la nivelul acestei funcții întâlnite în psihoze.

RECOMANDARE

Pentru a testa diferența dintre o deficiență și o inhibiție a testării realității, orice blocaj survenit la nivelul acestei funcții îl puteți interpreta ca apărare. Astfel, puteți vedea dacă pacientul ajunge la o înțelegere mai integrată a inhibiției sale sau dacă își menține percepția distorsionată. (Vezi și Abend, 1982).

DISCRIMINAREA REALITĂȚII DE FANTASMĂ (FĂRĂ TESTARE)

Inhibiția la nivelul acestei funcții poate să apară la băieții adolescenți ce se comportă conform unor personaje din videoclipuri, așa cum este cel al lui Michael Jackson (1987): „The Way You Make Me Feel” 5. Băieții pot ajunge să creadă că pentru a cuceri o fată atractivă este nevoie să o urmărească insistent, așa cum procedează Jackson în videoclip. În acest caz, masculinitatea este echivalată cu inacceptarea unui refuz, iar respectarea reticențelor unei fete ar fi o dovadă de efeminare.

Un adolescent care se uită la acest videoclip poate adopta cu ușurință ideea că masculinitatea înseamnă să nu accepte vreodată un „nu” din partea unei femei. Această idee eronată este întărită de către figura paternă prezentă în videoclip, care îl încurajează pe Michael să fie „el însuși”, adică să își afirme agresiv interesul sexual, fără a ține seama de răspunsul tinerei.

Un băiat vulnerabil ar putea, în consecință, să își *inhibe* funcția de discriminare a realității de fantasmă, pentru că o echivalează în mod eronat cu castrarea (pierderea masculinității). În realitate, este foarte probabil ca el să fie arestat pentru „hărțuire sexuală”.

CONCENTRAREA

Atunci când concentrarea ia sensul simbolic al unui act de supunere față de o autoritate (investire agresivă), copiii și unii adulți pot inconștient să își inhibe această funcție, pentru păstrarea sentimentului de autonomie. Adică, la nivel inconștient, concentrarea este echivalată cu sentimentul pierderii identității. Distragerea atenției se poate datora unei *inhibări* a capacității de concentrare în scopul diminuării anxietății de fuziune a sinelui cu obiectul. Aceasta poate fi, de asemenea, și o manifestare a unei *revolte agresive* ca apărare, întâlnită uneori la copii atunci când părinții le cer să își facă temele.

La copiii cu o atitudine de opoziție sfidătoare, asociată cu dificultăți de concentrare, este uneori dificil de stabilit dacă funcția de concentrare a Eului este *inhibată* ca apărare împotriva conflictelor produse de agresivitate. Pe de altă parte, problemele de concentrare se pot datora și unei întârzieri în dezvoltare, așa cum se întâmplă în ADHD6 (Spencer, 2002), caz în care opoziția copilului este expresia frustrării produse de lipsa de empatie a părinților ale căror așteptări sunt nerealiste în raport cu limitările copilului (Marcus, 1991).

ORIENTAREA

Aceasta poate căpăta sensul simbolic de recunoaștere („asumare”) a furiei intense declanșate de o situație externă și, prin urmare, mintea inhibă capacitatea de orientare pentru a se apăra împotriva afectului.

De exemplu, la una dintre ședințe, o pacientă de 40 de ani era dezorientată cu privire la oră și zi. Când am abordat semnificația defensivă a acestui fapt, pacienta și-a putut aminti că la sfârșitul săptămânii anterioare se înfuriase pe soț pentru că acesta planificase următoarele două săptămâni fără să îi ceară părerea.

PROCESELE SECUNDARE

Dacă percepția timpului – componentă a proceselor secundare ale gândirii – este investită agresiv (capătă o semnificație simbolică ostilă, restrictivă), comportamentul

indivizilor poate exprima o inhibiție defensivă a orientării temporale; aceștia pot dezvolta o serie de trăsături iritante, printre care: iresponsabilitate, nerespectarea cuvântului dat, lipsa punctualității și procrastinate, ca inhibiții mobilizate defensiv. Dacă percepția timpului este investită sexual (semnifică o dovadă de iubire), individul poate considera că întârzierile, indiferent de motivul acestora (chiar și unul justificat), sunt dovezi ale lipsei de iubire, iar punctualitatea va fi în mod eronat echivalată cu o dovadă a acesteia.

ÎNGRIJIREA PROPRIULUI CORP

Când curățenia este echivalată inconștient cu supunerea față de o autoritate, lipsa de igienă poate simboliza o sfidare agresivă – inhibarea îngrijirii propriului corp, ca funcție investită agresiv.

ABILITĂȚILE SOCIALE

Există numeroși indivizi la care apar deficiențe tranzitorii sau de durată la nivelul abilităților sociale datorate unei inhibiții cu semnificație simbolică. Frecvent, folosirea abilităților sociale înseamnă o adaptare la reguli, iar pentru unii indivizi conformismul se traduce prin pierderea identității (a fi distrus). Prin urmare, aceștia pot dezvolta la nivel conștient sau inconștient o tendință către comportamentele antisociale, ce le dau sentimentul că sunt „separați” (adică *inhibiția* abilităților sociale îi apără împotriva anxietății de pierdere a identității).

Personajul principal din filmul *Finding Forrester* ilustrează modul cum funcționează acest mecanism. Forrester, un romancier celebru, locuiește singur, își poartă șosetele pe dos și refuză să iasă din apartament. El păstrează contactul cu realitatea externă, dar își inhibă abilitățile sociale pentru a se apăra de suferința produsă de pierderea persoanei iubite. Această inhibiție este într-o oarecare măsură înlăturată de o întâlnire gratificantă de tip tată-fiu, pe care Forrester o are cu un adolescent fără familie și în urma căreia el poate face doliul după persoana iubită. Ulterior, în ultimii ani de viață, acesta își va

ameliora parțial funcționarea Eului și va putea ieși din nou în public.

ADAPTAREA AUTOPLASTICĂ - AJUSTAREA LA MEDIU (LAMPL-DE-GROOT, 1966).

Colegii unui student la medicină, în vârstă de 23 de ani, erau deranjați de lipsa de igienă a acestuia și amenințau că îl vor da afară din camera de cămin. El a mărturisit în ședință că era dezordonat. Aceasta însemna de fapt că își lăsa timp de mai multe săptămâni la rând hainele murdare în pat (unde și dormea). Folosind funcția de observare a Eului, el și-a dat seama că se comporta astfel în semn de răzvrătire cronică împotriva părinților care erau excesiv de ordonați.

Eșecul său de adaptare se datora unei inhibări a funcției de adaptare autoplasică. Adaptarea la mediu îi trezea sentimente de umilință și anxietate legată de pierderea identității. Investirea simbolică a funcției de adaptare a dus la o inhibare defensivă a acesteia (și, prin urmare, la o inadaptare la situația existentă). Totodată, el își exprima furia față de părinți (*deplasată* asupra colegilor de cameră) și îi provoca pe colegi să îl umilească (*provocarea masochistă* a pedepsei pentru diminuarea vinovăției).

MUNCA (TRECEREA DE LA JOACĂ LA MUNCĂ)

Atunci când a munci capătă un anumit sens simbolic, mintea poate inhiba evoluția individului pe linia de dezvoltare de la joacă la muncă (A. Freud, 1956) sau să determine o regresie defensivă la activitățile ce îi furnizează acestuia plăceri imediate (jocul).

Un băiat de 15 ani, fiul unui avocat, avea rezultate școlare slabe. El a mărturisit că era interesat de sexualitate și de luptele profesioniste. Acest lucru intra în contradicție cu valorile tatălui, căruia profesia îi ocupa majoritatea timpului, și care încercase în repetate rânduri să își convingă fiul de importanța muncii. Pentru că relația băiatului cu tatăl era una sporadică, el, inconștient, echivalase a munci cu o pierdere (la nivel relațional). Acest

simbolism muncă = pierdere l-a determinat să își inhibe capacitatea de a munci și să regreseze la activități și fantasme care îi produceau plăcere. Interpretarea acestor dinamici l-a ajutat să dezvolte o atitudine mai favorabilă față de muncă și să adopte un mod de lucru mai adecvat.

ANTICIPAREA

Funcția de anticipare (extrapolarea și planificarea) poate fi de asemenea investită simbolic, ceea ce duce la inhibarea acesteia. În cadrul unei familii cu reguli rigide, fiul adolescent ar putea echivala anticiparea cu o constrângere de la plăceri, astfel că acesta va dezvolta o ecuație de tipul spontaneitate = plăcere.

O pacientă celibatară, de 28 de ani, ce ocupa funcția de vicepreședinte la o bancă, era deranjată de faptul că putea obține plăcere sexuală doar cu bărbați necunoscuți pe care îi întâlnea la bar, după care mergeau împreună acasă la ea. Această tendință a sa intra în conflict cu dorința de a se căsători și a avea copii⁷. Întâlnirile planificate îi păreau plictisitoare, deși știa că bărbații normali preferau acest lucru. Oricum, atunci când trebuia să „planifice” o activitate socială, aceasta își pierdea aspectul „plăcut”. Pacienta a asociat că educația dată de părinți îi „tăia entuziasmul – la fel cum se taie maioneza!”. Planificarea devenise inconștient asociată cu ostilitatea resimțită față de părinți.

JUDECATA

Inhibarea judecății apare la idealistii incurabili (Blackman, 199 la). În esență, pentru astfel de indivizi folosirea gândirii critice echivalează cu o ostilitate distructivă. Prin urmare, când este nevoit să critice pe cineva sau să aprecieze existența la acesta a unor trăsături periculoase, idealistul este incapabil să o facă. Un „optimist convins” îl va elibera condiționat pe un criminal violator periculos, oferindu-i acestuia o a doua șansă, în baza convingerii idealiste că „oricine are un sâmbure de bunătate”. Inhibarea cronică a judecății critice dă naștere tipului de caracter naiv.

ADAPTAREA ALOPLASTICĂ

O investire agresivă a acestei funcții - de transformare a mediului în funcție de nevoile individuale - poate determina individul să echivaleze inconștient atingerea scopului cu un act imoral. În consecință, funcția de adaptare intră în conflict cu sentimentele de vinovăție, ceea ce are ca efect blocarea defensivă a oricărei inițiative sociale sau politice. În acest caz, trebuie avută în vedere stabilirea unui diagnostic diferențial între individul normal, care manipulează cu succes mediul, și cel psihopat. La cel din urmă, succesul se bazează pe inducerea în eroare a celorlalți și convingeri eronate, comparativ cu individul normal, de succes, ce se angajează agresiv în activitățile sociale sau competiționale fără a încălca regulile etice. A crea relații nu este același lucru cu a înșela oamenii. A negocia un preț avantajos pentru o mașină nu este similar cu a o fura.

Din punct de vedere clinic, inhibarea adaptării aloplastice apare la indivizii care *nu își creează posibilități de avansare*. Unii dintre aceștia pot concomitent să-i invidieze pe cei care au succes, asupra cărora *proiectează* propriile motivații inconștiente investite sexual. De exemplu, ei vor afirma: „A obținut acel post oferind favoruri sexuale!”

EUL CA OBSERVATOR

Când funcția de observare a Eului capătă o semnificație simbolică, mintea o poate bloca.

Doamna la explicat cum tatăl său o critica frecvent în copilărie și adolescență pentru faptul că petrecea mult timp gândindu-se la propria persoană.

În timpul fazelor inițiale ale terapiei, pacienta relatează cu conștiinciozitate întâmplări din viața sa, așa cum proceda în majoritatea relațiilor personale, fără însă a vorbi despre gândurile și afectele „lumii sale interne”. Când i-am atras atenția asupra acestui lucru, doamna la afirmat că se simțea vinovată atunci când se gândea sau vorbea despre propria persoană.

Această vinovăție se datora parțial *identificării* pacientei cu atitudinea dezaprobatore a tatălui. Ea considera introspecția ca pe o dovadă de „răutate și egoism”, un fel de răzvrătire ostilă împotriva tatălui. Prin urmare, funcția Eului *investită agresiv* căpătase o conotație negativă, astfel că evita defensiv să o mai folosească.

INTERESELE EULUI

Inhibiția referitoare la interesele Eului (Kaywin, 1966; Loewenstein, 1972) poate să apară în situațiile în care o activitate ce anterior constituia o sursă de plăcere, de exemplu tenisul sau muzica, devine asociată simbolic cu amintiri dureroase legate de pierderea cuiva drag. În consecință, interesul Eului (activitatea) poate fi blocat, ca apărare împotriva doliului. În urma acestei inhibiții defensive, este posibil ca individul, în mod conștient sau inconștient, să înceapă să evite terenurile de tenis sau spectacolele simfonice – cu sau fără a realiza că își inhibă acest interes.

Inhibiții în privința unor aptitudini deja dobândite pot să apară la adult ca urmare a unei „reinvestiri pulsionale” a intereselor Eului. Aceasta înseamnă că *sublimarea* (40) în urma căreia rezultă o activitate practică (interes al Eului) pierde lupta cu pulsunile, iar interesul respectiv își redobândește investirea simbolică inițială. Odată restabilită semnificația simbolică, interesul Eului poate intra în conflict (adesea cu Supraeul), ceea ce duce la abandonarea defensivă a activității.

Carson McCullers (1936) a descris acest fenomen în *Wunderkind*, o nuvelă despre o tânără de 15 ani, Frances, care încetase să mai cânte la pian datorită simbolismului conflictual atașat acestei activități. Ea simțea că nu se mai bucura de atenția exclusivă a profesorului de pian – care o ajutase să își aleagă rochia pentru balul de absolvire a liceului și în casa căruia înnopta după lecții. Frances credea că favoritul acestuia devenise un student, ajuns un pianist renumit (rivalitate fraternă). Prin urmare,

„pasiunea” sa nu mai putea fi exprimată de acordurile cântate la pian, prin care îl încântase pe profesor – întrucât ea începuse mai degrabă să observe felul în care pantalonii reliefaau musculatura picioarelor profesorului. Atunci a început să se simtă prizoniera orelor de pian, pe motiv că acestea o împiedicau să socializeze.

Cu alte cuvinte, semnificațiile anterior *sublimate* ale cântatului la pian – victoria simbolică în competiția oedipiană cu soția profesorului, depășirea „fratelui” student și exprimarea „pasiunii” prin acordurile cântate – au devenit asociate conștient cu aptitudinile sale pianistice. Altfel spus, interesul Eului (cântatul la pian) a fost reinvestit pulsional, intrând în conflict cu sentimentele de rușine, vinovăție și pierdere. Prin urmare, ea s-a distanțat defensiv de casa profesorului, de acesta și de pianul reinvestit simbolic.

Cath, Kahn și Cobb (1977) descriu „scăderea dezastruoasă” a aptitudinilor pentru tenis la o pacientă ce era de regulă o bună jucătoare. În analiză, ea a legat începutul declinului de comentariul unui prieten, jucător experimentat, ce afirmase că tenisul „constituie un mod formidabil de eliberare a agresivității”. Sora pacientei se înecase pe când aceasta era adolescentă, iar la scurt timp îi murise și tatăl, în urma unei insuficiențe hepatice. În timpul unei ședințe, pacienta a afirmat: „... Nu vreau să urăsc pe nimeni pe teren sau în afara acestuia”.

Cath și colaboratorii interpretează: „... ea încă... [se simțea] vinovată în legătură cu sora și tatăl, crezând că prin gelozia sa îi ucisese. Ca urmare, pacientei... îi era extrem de frică să nu-i rănească pe ceilalți... Astfel că, atunci când cineva a făcut comentariul nevinovat că ea se «eliberează de agresivitate» pe terenul de tenis, pacienta a devenit incapabilă să mai joace tenis” (pp. 114 – 115). Altfel spus, când interesul Eului pentru jocul de tenis a fost reinvestit pulsional (a căpătat sensul simbolic de ucidere a adversarului, ca *deplasare* a conflictelor cu tatăl și sora), ea a fost cuprinsă de sentimente de vinovăție împotriva

căroră a mobilizat o *inhibiție* defensivă a interesului Eului pentru tenis.

AUTOCONSERVAREA

Autoconservarea poate dobândi sensul simbolic de ucidere a celuilalt. Deși aceasta este o situație întâlnită frecvent la schizofrenici, ea poate să apară și la persoanele care trăiesc cu „vina supravieț uitorului” (Niederland, 1981). În principal, individul se simte vinovat pentru că supraviețuirea sa după decesul cuiva apropiat semnifică la nivel inconstient uciderea acestuia (vezi exemplul descris mai sus, la interesele Eului). Atunci când vinovăția intră în conflict cu funcția Eului investită agresiv (ecuația autoconservare = - ucidere a celuilalt), apare nu doar o blocare a funcției de autoconservare, ci și creșterea riscului de suicid datorită mobilizării mecanismului de *întoarcere asupra propriei persoane* (vezi capitolul 8).

FUNCȚIA REGLATORIE

Această funcție referitoare la controlul nevoilor/dorințelor pulsionale sexuale și agresive, poate la rândul său să dobândească o investire *sexuală*. De exemplu, în cadrul grupurilor universitare poate exista o mentalitate de grup (ce dă naștere unui sistem de valori sociale la care grupul aderă) conform căreia orice înfrânare a nevoilor pulsionale sexuale este echivalată cu efeminarea sau „lașitatea”. Altfel spus, ideea de control a satisfacerii sexuale - ce implică selectivitate, alegerea momentului, precauție și un mod de descărcare - este la nivel conștient sau inconstient echivalată cu feminitatea sau lipsa masculinității. Atunci când unui băiat aflat în ultima etapă a adolescenței îi este teamă că ar putea fi considerat laș, acesta își poate bloca defensiv funcția reglatorie, adoptând în schimb un comportament promiscuu. Promiscuitatea poate deveni periculoasă atunci când se asociază cu comportamentul contrafobic și inhibiția controlului pulsional.

Această inhibiție în scop defensiv nu apare doar la bărbați, în pelicula clasică *The Last Picture Show*

(Bogdanovich, 1971), Cybill Shepherd interpretează rolul unei eleve în ultimul an de liceu care, pe baza ecuației selectivitate sexuală = a fi paria, își inhibă funcția reglatorie pentru a fi acceptată în grup. Din nefericire, ea ajunge să cedeze presiunilor unui grup de colegi delincvenți, cu o situație materială bună, și să participe la activități sexuale fără o implicare emoțională, ca apărare împotriva marginalizării (anxietate socială).

49. Idealizarea (Kernberg, 1975; Kohut, 1971)

Crezi că cineva este cel mai grozav dar nu e adevărat. Idealizarea poate avea la bază mai multe cauze:

a. *proiecția* narcisică (Freud, 1914 a), în vederea diminuării sentimentului de rușine datorat propriei inadecvări;

b. fuziunea reprezentărilor legate de „șinele grandios” cu „imagourile parentale idealizate” (Kohut, 1971): individul îl confundă pe celălalt cu o supraestimare a propriei persoane, combinată cu distorsiuni privind exagerarea calităților celuilalt („Obiectul sinelui”);

c. iubirea, pentru a evita decepțiile sentimentale; și

d. *transferul* (Freud, 1914 b): convingerea că celălalt posedă doar calitățile unui părinte idealizat în copilărie, ignorând astfel orice dezamăgiri avute în relația cu acesta.

50. Devalorizarea

Crezi în mod eronat că un altul este demn de dispreț. Gândești astfel pentru a-ți menține sentimentul propriei valori.

Deși acest mecanism este foarte evident la persoanele narcisice, el poate apărea și în alte forme mai subtile. Este frecvent întâlnit în practica clinică, în cazul pacienților care se plâng că terapia nu îi ajută, în ciuda unor schimbări terapeutice evidente (altfel spus, reproșul pacientului nu are o bază reală).

RECOMANDARE

Atunci când pacientul se plânge că „terapia nu ajută”, va trebui să luați în considerare dacă veți continua sau nu să lucrați cu acesta. Încercați întâi să interpretați

devalorizarea ca apărare împotriva anxietății de a depinde în continuare de dumneavoastră, ca terapeut. Dacă interpretarea rămâne fără efect, probabil că a fost atins „maximum de beneficiu terapeutic” în lucrul cu acest pacient, iar recomandarea unui alt terapeut ar putea fi benefică atât pentru pacient, cât și pentru dumneavoastră. Asocierea *devalorizării* dumneavoastră ca terapeut cu *clivajul* (sunteți „în totalitate rău”) și *învinovățirea proiectivă* (este în întregime vina dumneavoastră), atunci când este însoțită și de limitări ale capacității de abstractizare a pacientului, constituie o configurație defensivă ce poate determina pacientul să vă intenteze în mod nejustificat un proces de malpraxis.

Perioada adolescenței și după - al doilea stadiu genital (de la 13 ani la 20 +)

51. Umorul (Zwerling, 1955; Vaillant, 1992)

Adopți o atitudine comică pentru a nu te mai gândi că ești supărat.

Domnul OD, de 33 de ani, un new-yorkez convins ce fusese nevoit să se mute în sud, a venit la terapie din cauza depresiei și a anxietății cu privire la sexul opus. În cea de-a zecea ședință, pe când lua loc în fotoliu, el a început să plescăie sonor din buze. Apoi m-a întrebat repede, imitând un personaj de desen animat: „Păi... Ce zici că mai faci, doctore?!” După ce amuzamentul situației s-a consumat și am discutat felul reușit în care îl imitase pe Bugs Bunny, pacientul mi-a povestit ultima experiență umilitoare pe care o suferise în încercarea de a găsi o parteneră. Împreună am înțeles că folosirea umorului avea parțial un rol defensiv, de a-l proteja de efectele depresive. El a folosit și inversarea rolurilor, devenind cel care puneă întrebările (identificarea cu agresorul, anterioară faptei) înainte ca eu să trec la explorarea conflictelor sale dureroase.

Umorul nu este întotdeauna un mecanism defensiv. Uneori individul poate în mod intenționat să folosească cuvinte improprii, exagerări, aluzii subtile, reverii cu

conținut pulsional, simboluri sadice și inversiuni gramaticale în scopul de a produce plăcere.

Atunci când umorul devine un automatism preconștient (răspuns defensiv automat la anumite situații) caracterizat de o stare de „excitație accentuată”, logoree, amuzament și sentimentul omnipotenței, toate acestea având rolul de a diminua afectele depresive, de furie și rușine, putem vorbi de hipomanie (Hartmann, 1939; Lewin, 1950; Almansi, 1961).

RECOMANDARE

Folosirea umorului nu trebuie considerată întotdeauna ca o apărare. Pe lângă scopul de a produce plăcere, pacienții pot să glumească și atunci când au atins un nivel mai bun de autocunoaștere, combinată cu o îmbunătățire a capacităților Eului de observare și de integrare.

52. Concretizarea (Bios, 1979)

Nu mai utilizezi gândirea abstractă (care nu este afectată), căutând în schimb o cauză concretă, fizică, ca explicație pentru problemele cu care te confrunți. Spre exemplu, dai vina pe un „dezechilibru chimic” sau pe existența unui virus în organism, evitând astfel să te gândești la faptul că problemele de relaționare sunt cauza neplăcerilor tale.

O femeie de 58 de ani era deprimată din cauza deteriorării evidente a mariajului său ce durase 29 de ani. Când pacienta a întrebat: „Nu îmi puteți prescrie un medicament care să facă toate astea să dispară?”, am răspuns: „Cred că v-ar fi mai ușor să puteți găsi o cauză chimică, nu-i așa?” Ea a afirmat: „Da. Aveți dreptate. Presupun că trebuie totuși să vorbesc despre coșmarul căsniciei mele!”

Într-un alt caz, doamna PW, de 50 de ani, ce lucra ca agent poștal, prezenta o inhibiție evidentă a abstractizării, insistând că „dispoziția sa depresivă” avea drept cauză un deficit de estrogen, fără a avea legătură cu insatisfacțiile sexuale maritale.

După administrarea, la recomandarea medicului său ginecolog, a unui tratament cu estrogen combinat pentru tratarea depresiei, doamna PW a dezvoltat migrene și teama că se va îmbolnăvi de cancer. Atunci a mers la medicul de familie, care i-a prescris analgezice și a făcut numeroase teste (toate ieșind negativ). Am interpretat aceste concretizări (inhibiții ale abstractizării) ca modalități de a evita confruntarea cu conflictele sale emoționale.

Doamna PW a mărturisit că îi era rușine de faptul că în trecut fusese internată pentru depresie. Totodată, o angoasa dependența față de medici pentru a obține suport emoțional. Ulterior a vorbit despre rușinea și vinovăția provocate de faptul că simptomele sale erau un mod manipulativ de a capta atenția soțului.

Ea se folosisese de manipulare și în trecut, determinându-și soțul să o ia în căsătorie, deși motivația de bază fusese una financiară - nevoia de securitate și dorința de a scăpa de o mamă excesiv de protectoare.

Am interpretat concretizarea (inhibarea gândirii abstracte, exprimată prin convingerea că depresia sa avea în principal o cauză hormonală) ca fiind deopotrivă o apărare împotriva sentimentelor de vinovăție și un mod inconștient de a primi atenție. Ulterior, doamna PW a putut înțelege explicația abstractă că afectul depresiv era rezultatul vinovăției trezite de dorința de a se folosi de soț și ulterior de a-l părăsi (autocritică) - și nu de o afecțiune fizică imaginară. Conflictele sale au determinat-o să caute soluții concrete, care o ajutau să mențină inconștiente dorințele sadice de evadare, dar totodată îi permiteau gratificări parțiale ale dorințelor de distanțare de soț și de a obține afecțiune fizică și emoțională de la medicii bărbați pe care îi consulta.

Bass (1997) a descoperit că unii dintre pacienții aflați în tratament psihanalitic intensiv refuzau interpretările analistului, în ciuda corectitudinii acestora. De exemplu, astfel de pacienți erau ferm convinși că analistul era furios

pentru că au întârziat, fără a realiza că era vorba de propria proiecție. Bass exemplifică: „... pe măsură ce analistul a putut interpreta felul în care... [doamna MB]... încerca cu obstinație să îl determine să se conformeze propriilor percepții... [doamna MB]...a răspuns: „Vreau să vă schimb. Vreau ca dumneavoastră să fiți ca mine și să încetați să fiți diferit” (p. 667). Concretizarea pacientei era o apărare în vederea diminuării anxietății de separare apărută în relația *transferențială* cu analistul. Altfel spus, interpretarea proiecției de către analist însemna pentru doamna MB că acesta avea o minte separată de a sa. Această percepție îi trezea pacientei anxietatea de separare – teama că ea și analistul nu erau uniți. Refuzul său *concret* de a accepta interpretarea era o apărare împotriva anxietății produse de realitatea că ea și analistul erau separați.

53. Disidentificarea (Greenson, 1968)

Încerci din răspuțeri să nu semeni cu cineva, de regulă cu unul dintre părinți.

LZ, o pacientă de 21 de ani, a mărturisit cu dificultate că avea îndoieli în privința căsătoriei cu actualul logodnic. Mama sa nu îl plăcea pe acesta, însă domnișoara LZ îi lua apărarea, considerând ca el făcea doar greșeli „neînsemnate” și susținea că mama sa era „obsesiv-compulsivă”. Am subliniat că ea încerca să nu fie la fel de „pretențioasă” ca și mama sa. Pacienta a recunoscut că nu își iubea logodnicul, însă îi displăcea să accepte că era de acord cu mama în privința acestuia. Ea a înțeles că disidentificarea de înclinația evidentă a mamei la criticism constituia unul dintre motivele pentru care s-ar fi căsătorit cu acel bărbat.

54. Constituirea grupului (Freud, 1921)

Alegi să îți petreci majoritatea timpului într-un grup, astfel încât să nu îți satisfaci nevoile de apropiere emoțională și sexuală. Aceasta este o măsură adaptativă de obținere a confortului emoțional, la adolescenții anxioși, în legătură cu pierderea identității și sexualitate, dar este de

regulă privită ca dezadapativă în cazul indivizilor căsătoriți.

Un cuplu de tineri căsătoriți ni-au consultat pentru neînțelegerile care îi făceau să se certe. Soția îi reproșa soțului faptul că juca biliard în fiecare seară după orele de serviciu, lăsând-o singură acasă cu copilul lor în vârstă de doi ani. La rândul său, soțul era nemulțumit că soția își pierduse interesul sexual pentru el.

Corelând și alte informații obținute în timpul evaluării, am ajuns la concluzia că la ambii soți capacitatea de abstractizare era perturbată. Soțul își apăra „drepturile” și simțea că soția sa îl „controlă”, deși susținea cu fermitate că îi era fidel și că îi iubea pe aceasta și pe copil. La rândul său, soția se lupta pentru „drepturile” sale de a putea refuza propunerile sexuale făcute de soț.

Datorită acestor limitări în funcționarea Eului, am decis să abordez problema lor folosind tehnicile terapiei suportive (vezi capitolul 7). Prin urmare, i-am explicat soțului că o căsătorie presupune renunțarea la unele libertăți anterioare (ca de exemplu să joace biliard cu amicii în fiecare seară), cel puțin dacă dorea ca actuala căsătorie să meargă. El a răspuns la sugestia mea (bazată pe teoria relațiilor de obiect referitoare la empatia mutuală), mărturisind că îngrijirea copilului îi producea anxietate. El simțea că este o „treabă de femeie”. Din acest motiv, se simțea mult mai confortabil (se apăra) în compania unui grup de bărbați, în continuare am folosit tehnica modelării, prin dezvăluirea unor informații minime din experiența personală (ambele fiind de asemenea tehnici suportive), și am spus că atunci când fiul meu abia învăța să meargă implicarea în creșterea acestuia se dovedise a fi o experiență gratifiantă, fapt pentru care nu consideram că este o îndatorire exclusiv feminină (l-am contrazis – o altă tehnică suportivă). Cum răspunsul meu l-a surprins, a spus că va încerca. Am adăugat presupunerea că soția ar fi devenit mai receptivă la propunerile sale

sexuale, dacă el ar fi contribuit la îngrijirea copilului (sugestie de tip posthipnotic și sfat adresat soției). Aceasta a încuviințat imediat, entuziasmată.

În situațiile sociale, mulți dintre adulții singuri ce își caută un partener pentru o relație intimă pot deveni iritați și dezamăgiți de modelul de „club al celibatarilor”. Unul dintre motivele acestei dezamăgiri pare să fie un conflict între cele două conotații diferite asociate unui astfel de club. Pe de o parte, „clubul” ar trebui să ofere un loc de întâlnire în care adulții ce doresc o relație să își poată găsi perechea; ulterior, partenerii ar putea face în particular o evaluare a perspectivelor relației. La polul opus, aceste cluburi sunt o reeditare a socializării specifice adolescenței, prin organizarea permanentă a unor activități de grup care de regulă reprezintă un obstacol în crearea unei intimități în doi (adică un loc unde „gașca” își petrece timpul) - folosind *constituirea grupului* drept apărare împotriva intimității în doi.

55. Ascetismul (A. Freud, 1936)

Evii contactul cu semenii, pentru a te proteja de sentimentele dureroase asociate cu criticismul sau cu pierderea acestora.

Un comandant de nava trecut în rezervă, în vârstă de 55 de ani, nu fusese niciodată căsătorit. Viața sa sexuală consta în aventuri de o noapte cu femeile întâlnite în barurile din diverse porturi - uneori acestea erau prostituate. Retragerea din marină îl făcea să se simtă singur și deprimat. Încercând să aflu de ce nu își petrecea serile la clubul ofițerilor existent în oraș, el a motivat că era deranjat de faptul că femeile nu se mulțumeau doar cu un act sexual, ci doreau ulterior o „relație”. Dorințele acestora de relaționare îl iritau pe pacient, ceea ce ulterior îi atrăgea critici din partea femeilor privind comportamentul său lipsit de maniere. El a pus acest lucru pe seama faptului că își pierduse mama înainte de a împlini un an și că fusese crescut de mai multe menajere nepăsătoare, în timp ce tatăl, comandor principal în

marină, era adesea plecat în curse pe mare sau se afla într-o stare avansată de ebrietate. În perioada școlii fetele râdeau de el pentru că nu era un bun sportiv.

Cu alte cuvinte, ascetismul pacientului era o apărare împotriva anxietății, furiei și rușinii trăite atunci când relaționa cu sexul opus.

56. Alegerea de obiect unisexuală

Este motivată de faptul că relaționarea cu „amicul/amica” de același sex îți diminuează anxietățile asociate cu relațiile heterosexuale. Acest tip particular de alegere de obicei nu trebuie confundat cu alegerea de obiect homosexuală, un subiect complex tratat adesea în literatura de specialitate.

Această operație defensivă este întâlnită frecvent la copii în perioada de latență și la adolescenți, aceștia având tendința să petreacă timpul doar cu prietenii de același sex, ca apărare împotriva anxietăților legate de relațiile heterosexuale. Cu toate acestea, există și adulți care, datorită anxietății și depresiei (dezamăgirii) în relațiile intime cu sexul opus, dezvoltă o preferință pentru petrecerea timpului alături de un prieten de același sex. Unii bărbați, spre exemplu, își ignoră familiile pentru a merge la pescuit sau la o bere cu un amic. În mod analog, există femei care simt mai apropiate emoțional sau petrec mai mult timp cu prietena cea mai bună, decât cu soțul, (vezi și exemplul de caz de la punctul 54).

Alte tipuri de mecanisme de apărare

57. Un afect versus altul (Ackerman & ahoda, 1948)

Te concentrezi asupra unui răspuns emoțional, pentru a evita trăirea unui alt afect.

Părinții ce reacționează exagerat atunci când adolescentul întârzie seara, devenind foarte furioși pe motiv că acesta le sfidează regulile, evită adesea să se gândească de fapt la temerile lor în legătură cu siguranța sau dezvoltarea caracterială a acestuia.

Indivizii care se înfurie adesea pe partener, pentru a evita anxietatea trezită de apropierea emoțională, sunt

foarte probabil structuri borderline ce se apără de anxietatea de fuziune a sinelui cu obiectul.

58. Hiperabstractizarea

Folosești teoriile abstracte în mod excesiv, ridicol.

Deși unul dintre simptomele comune ale schizofreniei îl constituie tulburările capacității de abstractizare, schizofrenicii cu un nivel ridicat de inteligență se pot angaja în abstractizări excesive, însoțite de *negarea prin cuvânt* și de *reconstrucția realității*.

O studentă suferind de schizofrenie îmi spunea „Bodhisattva”. Ea mi-a explicat că acesta era un termen hindus ce însemna „om înțelept”, îmi spunea astfel pentru că, după cum a afirmat, eu păream foarte înțelept. Pacienta a putut dezvolta ulterior ideea abstractă că eu aș fi fost un profet hindus în căutarea sensului vieții.

Într-un final, ea a mărturisit că era angoasată de gândul că voi muri, și am înțeles că presupusele abstractizări în legătură cu mine și cu sensul vieții erau destinate să o protejeze de această angoasă. Din nefericire, apărarea prin hiperabstractizare s-a dovedit în acest caz inefficientă. Pacienta dezvoltase delirul că trebuie să moară pentru ca eu să rămân în viață și amenința că se sinucide. A fost necesară internarea sa în spital și, ulterior, transferarea la un alt terapeut.

La indivizii care nu sunt psihotici, hiperabstractizarea poate să se manifeste ca o lipsă a asocierilor privind anumite percepții sau urme mnezice. Renik (1978) relatează despre o pacientă cu care lucra: „Înțelegerea experienței percepute este *evitată* prin folosirea unei *formulări abstracte*, de tipul: „Era ca și cum mă priveam de la distanță [sau]...eram scindată în două părți” (p. 596)” (sublinierea mea). Altfel spus, pacienta folosea hiperabstractizarea în sprijinul *negării* percepțiilor referitoare la o realitate neplăcută.

59. Reticența

Refuzi să vorbești, pentru a evita dezvăluirea unor aspecte neplăcute legate de propria persoană. La copii,

această operație defensivă poate sta la baza sindromului descris ca „mutism selectiv” (Kubie & Israel, 1955).

Personajul cu același nume din „Silent Cal”, care în viața adultă se refugiază automat într-o tăcere și indiferență cronică, se protejează probabil în relațiile interpersonale de anxietățile sociale (Slavson, 1969), ca de pildă teama de excludere și umilire, în plus, probabil că acesta nu este conștient de diferitele semnificații pe care le atribuie dezvoltării proprii persoane.

Conștientizarea folosirii acestei operații defensive, ca o formă particulară de *reprimare* asociată cu judecata, este descrisă cu succes de către Turrow (1977) în *One L*. Personajul principal, un student în primul an la Facultatea de Drept a Universității Harvard, era îngrijorat că ar putea vorbi prea mult la ore, întrucât colegii îi ridiculizau pe studenții ce se ofereau să răspundă tot timpul la întrebări, numindu-i „trăgători”. Prin urmare, el a decis să răspundă doar o dată la două cursuri.

RECOMANDARE

Deși reticența ar putea fi interpretată sau confruntată ca apărare, există posibilitatea ca acei pacienți cu probleme legate de relațiile de obiect și/sau depresie să aibă nevoie să le vorbiți mai mult (fără a interpreta) pentru a le stimula propria capacitate de verbalizare (Lorand, 1937; Zetzel, 1968; Kernberg, 1984).

60. Logoreea

Vorbești foarte mult despre un subiect, fără însă a fi circumstanțial sau tangențial.

Pe indivizii ce prezintă așa-zisele trăsături histrionice, vorbitul excesiv îi protejează de diferite forme de anxietate. Cei cu o personalitate de tip borderline pot să vorbească excesiv cu scopul de a-l împiedica pe terapeut (sau o altă persoană) să le amenințe imaginea de sine prin întrebările sau ideile exprimate de acesta. Pacientul cu un „caracter narcisic falie” (Rothstein, 1979), la care afirmarea propriilor opinii este în mod inconștient echivalată cu masculinitatea, poate să vorbească excesiv

pentru a evita să se simtă castrat (de către terapeutul care simbolic îl „penetrează”).

61. Evitarea

Ocolești acele situații a căror semnificație simbolică îți trezește afecte conflictuale.

Evitarea este de regulă o operație defensivă secundară, activată după ce simptomul (de exemplu, fobii sau obsesii) a fost format prin mobilizarea altor apărări de tipul *reprimării* (25), *simbolizării* (20) și *deplasării* (19). Indivizii nu „se tem de anxietate”, care este mai mult o noțiune teleologică (C. Brenner, 1982 a), ci se feresc de situațiile despre care știu din experiențele anterioare că le-ar putea trezi conflicte simbolice, generatoare de anxietate.

La baza fobiilor legate de călătoria cu avionul, una dintre cauze o constituie apărările mobilizate împotriva vinovăției trezite de dorințele de a evada (uneori dintr-o relație de iubire). Când indivizii încep să evite aeroporturile, evită de fapt conflictele de care încearcă astfel să scape (asociate simbolic cu călătoria cu avionul), și prin urmare rămân acasă pentru a se simți în siguranță.

În continuare, voi furniza un exemplu din 1973: O femeie frumoasă s-a așezat obosită la aceeași masă cu mine și câțiva colegi rezidenți în anul II, în timp ce luam prânzul la cantina spitalului. Pe un ton glumeț și cochet, a spus că aflase că suntem rezidenți la psihiatrie și dorea să ne pună o întrebare: „Care este cauza fobiei de avion?”. Pentru toți cei prezenți, întrebarea a fost una încuietoare, întrucât la acea vreme nu știam răspunsul. Am fost însă curioși să aflăm de ce o interesa acest lucru. Ea a răspuns cu cochetărie că urma să meargă în Flarida la sfârșitul săptămânii, dar că îi era frică să zboare cu avionul.

Unul dintre colegi a întrebat-o direct pe cine urma să viziteze în Florida. În acel moment, ea s-a ridicat brusc de la masă, exclamând: „Cred că întâlnirea a luat sfârșit!”

În timp ce se îndepărta, colegii aflați la masă i-au reproșat celui care adresase întrebarea faptul că „o

speriase". Acesta susținea spăsit contrariul. Cu toții am presupus că ea urma să se întâlnească cu un bărbat. Când nu poți ajunge la struguri, spui că sunt acri.

Niciunul dintre noi nu a realizat la acel moment că, pe lângă dorința conștientă ca noi să o vindecăm de anxietatea legată de călătoria cu avionul, era foarte posibil ca această tânără să își dorească în mod inconștient să fie eliberată de ambivalența sa referitoare la ceva cu substrat sexual. Pe de o parte, am fi putut să o eliberăm de îndoielile sale, astfel încât să se poată bucura de acea întâlnire. Sau, am fi putut să îi spunem că nu există o soluție pentru frica sa, ceea ce însemna că ar fi trebuit să *evite* să meargă în Florida, împreună cu posibilele conflicte asociate acestei călătorii.

Întrebând pe cine urma să viziteze, colegul meu trezise posibile conflicte legate de sexualitate (intrând în competiție cu presupusul bărbat din Florida). Acest fapt a determinat-o să plece, pentru a *evita* stânjeneala trezită de subiectul discuției și vinovăția resimțită în legătură cu atracția reciprocă manifestată în timpul întâlnirii cu noi (cu alte cuvinte, fobia ei a fost deplasată asupra noastră și, prin plecarea ei, a *evitat* probabil conflictele reactivate de întâlnire).

Trebuie să mărturisesc cu regret că nu știu dacă ea a reușit să ajungă în Florida sau cum a decurs întâlnirea. Nu am mai revăzut-o de atunci.

62. Pasivitatea

Adoptă o atitudine îngăduitoare sau supusă. Dacă faci acest lucru în mod deliberat și justificat, înseamnă că îți folosești judecata (ca funcție a Eului) în scopul unei adaptări „autoplastice”. Pe de altă parte, atunci când accepți în mod automat o situație în care ar trebui să acționezi, pasivitatea ca apărare devine dezadaptativă.

Pasivitatea ca apărare patologică are de regulă rolul de a-l proteja pe individ de sentimentele inconștiente de vinovăție produse de dorințele de răzbunare, de a răni sau a ucide pe cineva. Atunci când o atitudine aparent supusă

exprimă simultan rezistență și furie, aceasta poate fi descrisă prin termenul de „pasiv-agresivă” (un tip de formațiune reacțională discutată adesea).

În mod normal, dezvoltarea pasivității este o achiziție a stadiului de latență (între 6 și 10 ani), ceea ce explică de ce multe cadre didactice preferă să predea la clasele a III-a sau a IV-a. Cu toate astea, atunci când *pasivitatea* și *formațiunile reacționate* (11) (de exemplu, docilitatea) au o funcționare rigidă în perioada de latență, copiii pot dezvolta la pubertate comportamente violente, cu caracter antisocial (Meers, 1975).

63. Grandiozitatea/omnipotența

(Freud, 1913; Kohut, 1971; Kernberg, 1975;

Lachman Stolorow, 1976; Blackman, 1987)

Ai o părere excesiv de bună despre tine, chiar dacă aceasta nu este împărtășită de nimeni altcineva. Acest mecanism te protejează de confruntarea cu propriile limite, ceea ce ți-ar produce neplăcere.

Există un grup de indivizi *omnipotenți*, greu de suportat, în cazul cărora este vorba probabil de o întârziere în dezvoltare datorată unui comportament excesiv de indulgent din partea părinților. Fantasmelor din copilărie privitoare la caracterul lor special au fost insuficient temperate sau chiar amplificate de confruntarea cu experiențele realității. Prin urmare, aceștia încă mai cred că sunt un dar de la Dumnezeu pe pământ și se consideră în continuare ca fiind „speciali”. Dacă ar fi să facem un pronostic optimist, acest tip de indivizi sunt dificil de tratat; orice referire la trăsăturile lor narcisice probabil că va avea ca efect eliberarea unei furii intense sau va duce chiar la apariția ideilor suicidare (dacă furia este întoarsă asupra propriei persoane și folosită pentru manipularea ostilă a anturajului). Din acest motiv, adolescenții cu trăsături omnipotente accentuate pot fi tratați doar în cadrul unei secții de psihiatrie.

O altă categorie distinctă sunt cei care în realitate se simt inferiori și limitați. Acești indivizi egocentrici își

construiesc însă o imagine excesiv de bună asupra propriei persoane, pentru a nu fi nevoiți să își accepte propriile limite – și afectul depresiv pe care o astfel de conștientizare îl determină. La aceștia funcționează mai degrabă o *grandiozitate defensivă*. Grandiozitatea poate sta la baza inhibițiilor de învățare existente în perioada copilăriei și uneori în viața adultă, din moment ce activitatea de învățare reprezintă o confruntare a acestei apărări – ducând la conștientizarea propriei anxietăți și depresii (Gillman, 1994).

Domnul Q, un masterand în vârstă de 23 de ani, se confrunta cu inhibiții de învățare. Mama sa îi oferise protecție pe toată perioada copilăriei, ferindu-l de abuzurile fizice ale tatălui, în condițiile în care mulți dintre ceilalți frați se pare că fuseseră victime ale bătailor acestuia. În consecință, domnul Q a dezvoltat, pe lângă numeroase alte probleme, și ideea grandioasă că era „special” pentru mamă, agravată de o întâmplare petrecută pe când pacientul avea 5 ani. Mama își părăsise soțul, plecând împreună cu fiul său favorit. Aceasta i-ar fi spus în mașină, sau cel puțin așa își amintea domnul Q, că din acel moment el va fi „bărbatul ei”.

La una dintre ședințe, am interpretat faptul că el, aparent, se agăța de această imagine grandioasă, astfel încât să nu fie nevoit să se confrunte cu alte amintiri și sentimente dureroase legate de experiențele din copilărie. În ședința următoare, domnul Q a mărturisit că îi era teamă că nu va promova examenul pe care îl avea de susținut în dimineața următoare. Mi-a cerut părerea în legătură cu ce să facă. Când l-am întrebat dacă încercase să studieze pentru examen, pacientul a izbucnit într-un râs aproape incontrollabil. A glumit, spunând: „Nu m-am gândit la asta!”, însă a recunoscut că evita să învețe, pe motiv că „îmi strică părerea bună despre mine!”

În măsura în care grandiozitatea ca apărare se combină cu deficiențe în relația cu realitatea sau testarea acesteia, diagnosticul pacientului se încadrează mai

curând în spectrul tulburărilor psihotice (Frosch, 1964, 1966, 1983).

64. Transformarea pasivității în activitate

Primul sens. „Nu mă puteți concedia; îmi dau demisia!” Din teama de a nu deveni victimă, provoci propria victimizare, în încercarea de a controla momentul producerii acesteia.

Fără a conștientiza motivațiile lor defensive, copiii abuzați vor încerca adesea să își provoace părinții adoptivi să repete comportamentul abuziv. În cazul abuzurilor sexuale, copilul poate adopta un comportament seductiv, ca anticipare a repetării unei agresiuni ostile (*transfer* [79]). La copilul abuzat, constelația defensivă poate include și *seducerea agresorului* (39), *provocarea* (41) (sexuală, ostilă sau a pedepsei), *identificarea proiectivă* (4), *învinovățirea proiectivă* (5) și *identificarea cu agresorul și cu victima* (35, 36) (Blackman, 199 lb).

RECOMANDARE

Părinții adoptivi sunt puși în situația de a îngriji un copil al cărui comportament aproape că invită la repetarea tipului de abuz suferit de acesta anterior plasamentului. Atitudinile și comportamentul copilului constituie o încercare de a controla momentul producerii unei agresiuni fizice, verbale sau sexuale, pe care el o anticipează. Uneori este util ca părinților adoptivi să li se recomande să îi explice copilului aceste măsuri defensive. Dacă lucrați ca terapeut cu copilul, puteți interpreta această apărare în cadrul ședinței.

Ar putea fi necesar și să îi consiliați pe părinții adoptivi să evite aplicarea unor pedepse corporale sau izolarea copilului. Chiar și „pauzele în activitate” (care de fapt înseamnă pedepsirea copilului prin izolare) îi pot face pe copiii care au fost abuzați să le resimtă ca pe o repetare a situației de abuz; aceștia pot, în consecință, să devină paranoici, provocatori, și să *caute activ producerea unor noi abuzuri* (de exemplu, *perioade de inactivitate progresiv mai mari*), pentru a controla momentul

producerii acestora.

Al doilea sens. Nu poți suporta să aștepti, întrucât această atitudine este asociată cu *pasivitate*, acompaniată de vulnerabilitate la victimizare. Prin urmare, vei iniția defensiv o acțiune – indiferent dacă este o idee bună sau nu – pentru a te elibera de tensiunea produsă de așteptare. Această apărare le este specifică indivizilor cu tulburări obsesiv-compulsive, având rolul de a îi elibera de îndoielile interminabile cu privire la relațiile și deciziile proprii (Kramer, 1983).

După doi ani de relație tumultuoasă cu o femeie care îl respingea în mod repetat, un pacient a venit la ședința de luni și m-a anunțat că la sfârșitul săptămânii precedente se căsătorise cu aceasta. El nu a mai putut suporta îndoielile și, prin urmare, după cum a spus, „am făcut acest pas. Dacă a fost o greșală, o să mă ajutați în perioada divorțului”. Câteva luni mai târziu, l-am ajutat.

65. Somatizarea (Kernberg, 1975; Deutsch, 1959)

Ai frici conștiente cu un caracter simbolic, referitoare la propriul corp și funcțiile acestuia, deși nu există nicio cauză medicală. Îți concentrezi atenția asupra propriului organism, pentru a evita afecțele dureroase de depresie, singurătate și neîmplinire, datorate unei privări (de regulă orale).

Cauzele somatizării nu sunt întotdeauna unele simple. La polul tulburărilor grave din spectrul diagnostic se situează cele legate de imaginea corporală⁹ (Schilder, 1935), tulburările proprioceptive, de percepție a realității și de integrare (adică delirurile somatice) ce determină simptome identice cu cele datorate folosirii *somatizării* în scop defensiv.

O pacientă de 55 de ani, divorțată, care lucra în domeniul de afaceri, dezvoltase dureri abdominale. Cu doi ani în urmă, ea prezentase pentru scurt timp o ușoară creștere a enzimelor pancreatice și a fost supusă unei investigații abdominale amănunțite, fiind suspectă de cancer pancreatic. Nu a fost descoperită nicio modificare

anatomopatologică, valorile enzimelor au revenit la normal și nu au mai apărut alte anomalii.

Deși trecuseră doi ani de atunci, pacienta încă mai acuza grețuri, refuza să mănânce, având prin urmare înfățișarea unui bolnav cu cașexie. Îi fusese implantat epigastric un tub pentru a se hrăni, iar ca tratament îi fuseseră prescrise antidepresive, analgezice și antiemetice de către diferiți medici; în prezent, medicul internist îi prelungea medicația.

Am fost consultat când pacienta fusese din nou internată în spital în vederea stabilizării medicale. În timpul interviului, ea insistase că durerea sa era „reală”. Deși știam despre existența unei despărțiri traumatice de un partener, survenită cu puțin timp înaintea instalării durerii abdominale, pacienta a negat că acel eveniment o afectase emoțional și era sigură că nu avea nicio legătură cu durerea fizică.

Ea se retrăsese și din orice relații apropiate, iar când i-am atras atenția (confruntare) asupra existenței pericolului ca ea să moară prin înfometare, aceasta a răspuns: „O să merg acasă pentru a muri lent. Nu mai am pentru ce trăi”.

Am fost de părere că pacienta regresase și dezvoltase un delir somatic privind durerea abdominală. Am recomandat administrarea medicației antipsihotice și internarea la psihiatrie. Prin folosirea repetată a unor tehnici suportive de argumentare și intelectualizare (vezi capitolul 6), am reușit să o conving să accepte propunerile de tratament, deși ea nu renunțase la convingerea că durerea abdominală era simptomul unei boli fizice rămasă neidentificată.

La polul tulburărilor din spectrul diagnostic cu o etiologie mai puțin severă se află simptomele de conversie, ca apărări simbolice reușite împotriva conflictelor, astfel că indivizii adesea nu își mai fac griji cu privire la segmentul corporal afectat. Această lipsă de îngrijorare prezentă la indivizii cu simptome de conversie a fost denumită ironic

de către Charcot (Breuer & Freud, 1895) la *belle indifférence*¹⁰.

O pacientă de 38 de ani, căsătorită, se afla în analiză datorită unor atacuri de panică, fobie de avion, agorafobie și inhibiții sexuale, simptome ce debutaseră după ce soțul își fracturase un picior la echitație. Până la acel moment, devenise destul de clar faptul că agorafobia care o împiedica să iasă din casă o proteja de sentimentele de vinovăție legate de accidentul soțului: acesta simboliza realizarea dorințelor sale agresive cu privire la soț (de rănire). Situația era complicată și de sentimentele pacientei produse de pierderea timpurie a tatălui de care fusese foarte atașată, în urma unui accident la călărie ce survenise când ea avea 12 ani.

La aproape un an de la începerea terapiei, mi-am luat vacanță pentru o săptămână. Pacienta m-a întrebat unde urma să plec. Am încercat să explorez de ce dorea să afle acest lucru, clarificând ce apărări și afecte erau implicate. Însă ea a răspuns sec, scuzându-se pentru atitudinea sa intruzivă. Apoi ne-a urat vacanță plăcută, mie și soției¹¹.

Când am reluat ședințele, pacienta a relatat că îi fusese teamă să vină la cabinet. Se gândea că putea să afle că murisem într-un accident de avion, ceea ce în trezea o furie „ridicolă” la adresa mea; a asociat aceste sentimente cu moartea tatălui său. Când am legat furia resimțită la adresa mea de fantasma anterioară privind vacanța plăcută în compania soției, corpul pacientei a devenit rigid, cu mâinile încleștate, ca și cum se agăța cu vârful degetelor de canapea. A spus că această reacție apăruse în mod automat.

Am abordat acest simptom acut de conversie în mod analitic, cerându-i pacientei să asocieze liber. A răspuns că nu dorea să îmi facă rău, pentru că îi plăceam ca analist. Și-a amintit cu durere cum în copilărie dorise să își strângă mama de gât (cu mâinile). Deodată a început să plângă în hohote, pe măsură ce își amintea că dorise ca

mama să fi murit în locul tatălui!

Când s-a mai liniștit, am interpretat parțial acest transfer: rigidizarea corpului său, astfel încât să nu mă rănească. Eu trebuia să rămân lângă ea pentru a o îngriji, fără a mă întoarce acasă la soție. Pacienta a început din nou să plângă, iar contracția palmelor a dispărut. Ulterior și-a amintit că pe la vârsta de 5 ani își dorise să doarmă în același pat cu tatăl. Când descoperise că ușa de la dormitorul părinților era încuiată, ea se îndreptase către camera unui frate mai mare, gândind: „Vreau ca tata să moară. Dacă eu nu pot fi cu el, atunci nimeni altcineva (inclusiv mama) nu va fi!”

Simptomul de conversie al pacientei - contracția palmelor - era o pedeapsă pentru gândurile sale ostile față de mamă, o împiedica să își pună în practică aceste dorințe și îl determina pe tată să stea cu ea. De fapt, supradeterminarea simptomului (semnificațiile multiple) era mai complexă; aceste semnificații inconștiente determinau spasmul palmar și au fost analizate în profunzime în timpul sesiunilor ce au urmat.

66. Normalizarea (Alpert & Bernstein, 1964)

Pentru că este dureros să accepți că ai o tulburare emoțională, încerci să te convingă că, de fapt, totul este în regulă și că treci doar printr-o perioadă dificilă inerentă vieții, așa cum li se întâmplă tuturor. De exemplu, o femeie de 32 de ani, căsătorită, cu un caracter coleric, afirma: „Dar este normal să ții la copii, nu-i așa?” Această apărare este întrucâtva opusul catastrofizării și patologizării ca forme distincte ale *exagerării* (76).

Normalizarea este foarte des întâlnită la părinții al căror copil urmează să fie evaluat datorită unor probleme emoționale. Aceștia tind să încerce să ignore existența unei patologii a copilului, chiar dacă sunt de acord cu evaluarea. Discutarea modului în care normalizarea îi apără de sentimentele dureroase și de reproșurile vinovate poate avea un rol decisiv în stabilirea alianței terapeutice cu părinții copiilor de vârstă mică.

RECOMANDARE

Nu vă lăsați ușor convinși de adulții ce folosesc normalizarea în timpul consultațiilor. Căutați și alte apărări asociate, ca de exemplu *minimalizarea* (75), *raționalizarea* și *externalizarea*. Cu delicatețe, ajutați pacientul să își folosească funcția de observare a Eului, pentru a realiza existența acestor mecanisme. Nu uitați că ceea ce este evitat este adesea jenant de *anormal*.

67. Dramatizarea

Suprainvestești emoțional comportamentul sau exprimarea verbală, pentru a te proteja împotriva conflictelor ce apar atunci când nu te bucuri de atenția celorlalți.

RECOMANDARE

Încercați să nu faceți comentarii asupra dorinței ce stă la baza folosirii dramatizării de către indivizi (de a se face remarcați). Este de obicei mai indicat terapeutic să le explicați aspectul defensiv al *dramatizării* - îi protejează de teama că vor trece neobservați.

68. Impulsivitatea (Lustman, 1966)

Ca tip special de *anulare retroactivă* (12), impulsivitatea defensivă nu trebuie confundată cu o deficiență la nivelul controlului pulsional (aspect ce ține de forța Eului - vezi Anexa 2).

Ca mecanism de apărare, individul pune în act o dorință pulsională pentru a se elibera de o tensiune sau de un afect neplăcut. De exemplu, la scurt timp după ce este părăsită de soț, o femeie iese în oraș și are o „aventură sexuală” cu un bărbat necunoscut, pentru a se elibera de sentimentele depresive.

Exemple ale acestui tip de apărare pot fi regăsite în unele episoade din serialul de televiziune „Sex and the City” 12, în care un grup de prietene se amuză discutând despre „sexul ocazional” sau „a face sex ca bărbații”, eliberându-se astfel de sentimentele de nefericire, abandon, frustrare sexuală și de îndoielile legate de propria persoană datorate unor întâlniri amoroase

nefericite cu o serie de bărbați narcisici/psihopați.

69. Abuzul de substanțe (Wurmser, 1974)

Recurgi la diferite substanțe pentru a te elibera de afectele intense, care îți produc de regulă neplăcere.

Campaniile mediatice pun accentul pe faptul că abuzul de droguri sau alcool se datorează unui deficiență de funcționare a Eului (a controlului pulsional). Acest lucru nu este însă valabil pentru toate cazurile de abuz de substanțe. La unii indivizi, consumul de substanțe facilitează descărcarea unor sentimente extrem de dureroase. Interpretarea rolului defensiv al acestei apărări îi poate ajuta pe indivizii dependenți de droguri cu un nivel adecvat de funcționare a Eului, în special dacă aceștia au urmat în prealabil o cură de dezintoxicare.

70. Comportamentul adeziv (Clinging) (Schilder, 1939)

Te agăți de oameni care te resping din mai multe motive: a) ca apărare împotriva afectelor depresive determinate de pierderea lor; b) datorită scăderii stimei de sine atunci când nu te afli în prezența lor (relație de tip simbiotic); sau c) ca apărare împotriva anxietății produse de impulsurile ostile îndreptate împotriva lor.

71. Lamentarea

Te plângi pentru că nu vrei să vezi calitatea infantilă, rușinoasă a dorinelor nesatisfăcute de a fi îngrijit și răsfățat.

În realitate, este posibil ca „nemulțumitul” să se considere responsabil pentru propria nefericire, însă lamentarea îl ajută să își diminueze această nefericire.

72. Pseudoindependența

Pentru că dorințele orale (de a îi lăsa pe ceilalți să te îngrijească sau de a ține seama de opiniile acestora) îți trezesc rușine, te detașezi de aceștia și devii un fel de „Călăre singuratic¹³” (Kaplan, 1990, p. 19).

Domnul K, un investitor bancar, în vârstă de 61 de ani, suferise de curând un atac coronarian. Deși cardiologul îi recomandase să se menajeze timp de câteva

zile, asistenta a descoperit că pacientul se plimba prin rezervă și continua să se ocupe de investițiile financiare folosind telefonul mobil, iar uneori fuma pe ascuns în hol (se deconecta de la aparatul de oxigen).

Pseudoindependența îl elibera pe domnul K de rușinea resimțită pentru că avea nevoie de îngrijiri medicale, ce însemnau pentru acesta gratificări orale infantile, inacceptabile. Trebuie menționat că domnul K mai folosea grandiozitatea (63) și inhibiția percepției realității (48).

73. Altruismul patologic (A. Freud, 1936)

Acesta reprezintă o combinație între *proiecție* și *identificarea cu victima* (36). Prin ajutorul oferit celorlalți, îți ignori propriile dorințe pulsionale orale (de dependență), care astfel sunt proiectate asupra celui pe care îl ajuți. În mod indirect, te poți bucura de gratificarea propriilor dorințe de a fi îngrijit; simultan, acesta te pedepsește prin deprivare, pentru a te elibera de vinovăția provocată de propriile dorințe orale intense.

În mod normal, altruismul este rezultatul unei adaptări empatice combinată cu generozitate și bunăvoință, ca valori morale ce țin de Supraeu. Pe de altă parte, altruismul patologic este o formă de apărare nocivă, autodistructivă, ce coexistă adesea cu: *provocarea masochistă* (41), *formațiunea reacțională* (11) și *grandiozitatea* (63), fiind întâlnită la acei indivizi ce donează un procent semnificativ al economiilor de o viață pentru cauze sau organizații fictive.

74. „Inducerea” (Calef & Weinshel, 1981; Dorpat, 2000)

Creezi o tulburare psihică unei alte persoane pentru a scăpa de sentimentul de a fi tulburat. Receptorul introiectează plin de „compasiune” tulburările. Alternativ, îi induci acestuia convingerea că este prost sau că va înnebuni. Ideea acestui termen a fost inspirată de acțiunea filmului *Gaslight14* (Cukor, 1944).

RECOMANDARE

Este posibil ca individul care vă cere sfatul să fie victima unui „gaslighter” 15. Această situație devine destul de complicată, dacă nu îl întâlniți și pe „inductor”, ce adesea refuză chiar și o singură consultație, atribuind toate problemele „indusului” 16. Aveți grijă să nu emiteți vreo opinie cu privire la presupusul „vinovat”. Ați putea interpreta această apărare prin a-i arăta pacientului că felul în care își descrie problemele pare să sugereze că se simte mai confortabil să se considere „nebun”, decât să se simtă critic la adresa celui despre care spune că „îl înnebunește”.

75. Minimalizarea

Deși conștientizezi o realitate dureroasă, îi atribui acesteia o importanță redusă. Prin urmare, vei spune destul de frecvent: „Nu este mare lucru”.

Interpretarea acestei apărări ca patologică poate ridica dificultăți deosebite, în condițiile în care numeroase cărți de psihologie practică par să *recomande* folosirea acestui mecanism (*Don't Sweat the Small Stuff* 17 [Carlson, 2002] și altele similare).

Minimalizarea este adesea însoțită de *inhibiția judecății critice*, în special la adolescenți. Dacă la aceste apărări se adaugă și un mecanism *contrafobic*, atunci individul se expune unui pericol real – incapacitatea utilizării judecății critice și minimalizarea pericolului îl predispun la comportamente riscante.

RECOMANDARE

În vederea interpretării acestei apărări atunci când *este* folosită patologic, ați putea să îi spuneți pacientului că înțelegeți faptul că o parte din reacțiile sale pot să nu fie în realitate „mare lucru”. Oricum, frecvența cu care repetă această frază (ori alta similară) sau situația în care o folosește vă face să credeți că în acest mod se apără de unele gânduri neplăcute.

76. Exagerarea (Sperling, 1963)

Atribui o importanță exagerată unei situații, pentru a masca propria inadecvare atât față de tine, cât și față de

ceilalți.

Catastrofizarea. Una dintre formele sub care apare acest mecanism a fost denumită *catastrofizare*. Aceasta este întâlnită la indivizii ce reacționează disproporționat în raport cu evenimente minore, ca și cum ar fi adevărate catastrofe.

O elevă în clasa a III-a ia calificativul C la una dintre materii. Mama îi spune că trebuie să se străduiască mai mult, după care o pedepsește prin a o trimite mai devreme la culcare, dar nu înainte de a-i ține o predică privind riscul de a nu intra la facultate dacă va continua să ia astfel de note.

Cum reiese din acest exemplu, catastrofizarea este de regulă o apărare împotriva anxietății că o situație neplăcută nu poate fi schimbată sau că aceasta va persista.

Patologizarea. A doua formă sub care apare exagerarea este *patologizarea*. Aceasta se referă la faptul că indivizii judecă și atribuie o semnificație emoțională patologică unui aspect ce ține de normalitate.

Doamna PQ era îngrijorată pentru că unicul copil, o fetiță de 2 ani, uneori o lovea. Mai mult, fetița nu folosea încă olița. La o explorare a acestei situații, a reieșit faptul că fetița o lovea pe mamă atunci când aceasta nu îi acorda atenție.

I-am explicat doamnei PQ că un copil de doi ani nu are încă control sfincterian și că această achiziție poate fi dobândită abia pe la vârsta de 3 sau chiar 4 ani, mai ales când este vorba de primul copil.

În privința faptului că fetița o lovea, am precizat că acesta era un comportament frecvent la 2 ani și am sfătuit mama să o învețe pe fetiță să îi comunice ceea ce dorește, în loc de a o lovi.

Faptul că fetița o lovea și nu avea încă control sfincterian o determina pe doamna PQ să le considere semnele unei patologii. Referitor la educația sfincteriană, *patologizarea* o apăra pe mamă de teama că fetița nu va ajunge niciodată la acest nivel de dezvoltare. Cu privire la

loviturile fetei, mama *patologiza* un răspuns normal la frustrare pentru un copil de 2 ani, evitând astfel să accepte cererea agresivă a copilului de a beneficia de timpul și atenția acesteia.

Părinții care reacționează disproporționat în raport cu simptomele fizice ale copilului, în condițiile în care nu există un motiv real de îngrijorare, este posibil să investească afectiv exagerat această situație. Datorită unor proiecții multiple și a fantasmelor de simbioză cu copilul, astfel de părinți pot dezvolta o preocupare obsesivă constantă privind „nevoia” de a acorda copilului atenție și îngrijiri medicale speciale; uneori copiii se conformează acestor dorințe patologice ale părinților, dezvoltând simptome psihosomatice sau psihofiziologice cronice. Melitta Sperling (1957) a introdus termenul de „relații de obiect psihosomatice” pentru a desemna tipul de legătură patologică pe care unele mame o stabilesc cu copilul mic. Mai recent, pediatrii numesc această patologie „Sindrom Münchhausen prin procură” (Mason, 2001).

77. Generalizarea (Loeb, 1982)

Vezi o persoană ca parte a unui grup pe care îl detești pentru a nu fi nevoit să urăști acea persoană atât de mult (Blum, 1992).

Un bărbat căsătorit, în jur de 50 de ani, a realizat cu ajutorul terapiei analitice că atitudinea sa „binevoitoare” față de soție îl elibera de sentimentele de vinovăție datorate ostilității resimțite față de aceasta; și că, totodată, își exprima inconștient această ostilitate prin

„Uciderea soției cu blândețe”. Ulterior, el concluzionează: „Oricum, toate femeile sunt imposibile!”

Cu alte cuvinte, ostilitatea pacientului a fost redirecționată către „femei în general” (modificarea apărării folosite), astfel că el încă evita să accepte propriul criticism la adresa soției (C. Brenner, 1975).

78. Reconstrucția realității (Freeman, 1962)

Îți modifichi opinia cu privire la evenimentele percepute, după ce în prealabil ai negat realitatea

acestora.

Indivizii nevrotici recurg la acest mecanism pentru a se elibera de sentimentele de vinovăție sau anxietate. Kanzer (1953) sugerează că în lucrul cu astfel de pacienți, terapeutul încearcă să reconstruiască realitatea prezentă, după ce în principal a reușit deconstruirea descrierilor confuze ale pacientului. Cu alte cuvinte, dacă acesta are o percepție deformată asupra evenimentelor, după specificarea existenței deformărilor, sunt probabil necesare identificarea acelor aspecte ignorate de către pacient și ajutarea acestuia să le reintegreze.

Cel mai adesea, pentru indivizii cu o personalitate schizoidă sau cu simptome psihotice manifeste, realitatea externă este dureroasă, astfel că aceștia își creează în mod autist propria realitate, în care să se poată retrage în mod defensiv.

Notă. La indivizii cu înclinații artistice, printre care se numără și scriitorii de romane de ficțiune, crearea unor realități paralele este adesea pusă pe seama unei aptitudini speciale de regresie în serviciul Eului, astfel că nu constituie o apărare. (O consider mai curând ca un atribut al forței Eului.) Prin urmare, capacitatea de a scrie un roman de ficțiune gen *The Golden Compass 18* (1996) nu este un semn că autorul, Philip Pullman, este psihotic. Aceasta constituie mai curând o dovadă a capacității sale de a *regresa formai (96)* (utilizare a fantasmei ca proces primar) în procesul creativ de scriere a prozei 19.

79. Transferul (Freud, 1914 b; A. Freud, 1936;

Loewenstein, 1957; Marcus, 1971, 1980; Blum, 1982)

Într-o primă etapă, deplasezi amintirile unor situații și relații trecute (dorințe intense, sentimente de vinovăție și așteptări comportamentale), asupra imaginii unei persoane din prezent. Ulterior, în relația cu aceasta mobilizezi același tip de apărări folosite în trecut pentru gestionarea unor situații identice sau doar similare.

Această apărare în doi timpi te ajută să uiți experiențele trecute (Freud, 1914 b). Totodată, încerci să

controlezi amintirile neplăcute prin repetarea acestora în prezent într-o formă deplasată și/sau printr-o modificare simbolică a finalului acestora.

Dr. G, un chirurg în vârstă de 40 de ani, m-a consultat pentru că nu ajungea niciodată la timp. Această problemă îi cauza neplăceri majore la spitalul unde lucra, mai ales în legătură cu programarea operațiilor. De asemenea, el fusese la un moment dat suspendat din corpul medical pentru că nu își scrisese la timp foile de observație. La momentul stabilirii prin telefon a consultației inițiale, îl rugasem să aducă un cec pentru a plăti ședința, iar el fusese de acord. Către sfârșitul primei ședințe, când i-am înmănat factura pentru onorariu, el a motivat că uitase să aducă carnetul de cecuri și a întrebat dacă era „în regulă” să îmi plătească la ședința următoare.

După un moment de ezitare, am decis să spun „Nu”.

Stăteam amândoi în picioare, față în față, iar dr. G s-a uitat la mine și a întrebat oarecum iritat: „Nu credeți că sunt de încredere?” Am răspuns că nu era vorba despre asta. Noi stabiliserăm o înțelegere; acum el voia să nu o respecte și dorea ca eu să accept acest lucru. Părea o situație relevantă pentru modul în care era în general în „întârziere” și se supăra atunci când ceilalți nu îi arătau mai multă îngăduință. Am considerat că era important ca el să plătească onorariul în modul stabilit, după care să analizăm de ce acest lucru îl înfuria. Dr. G a răspuns: „Am văzut un bancomat la parterul blocului. Vreți să mă duc să scot bani și să vă aduc onorariul chiar acum?” Am fost de acord, spunând că îmi putea lăsa banii la secretară, care îi va trece apoi suma pe copia facturii sale.

Dr. G a mers să scoată banii și a plătit consultația. În decursul următorilor șase ani de analiză, am înțeles că în acea primă ședință el repetase în relația cu mine două dintre numeroasele problemele avute în relația cu propriul tată. Mai întâi, faptul că nu respectase înțelegerea și încercarea de a mă face să „îl iert”, așa cum făcea adesea

*cu tatăl său, reprezenta modul în care pacientul își manifesta ostilitatea la adresa mea. În al doilea rând, el mă provoca să-l pedepsesc pentru această încălcare a înțelegerii, ceea ce se întâmpla și în relația cu tatăl*²⁰.

Repetarea *transferențială* a acestor situații îl proteja de rememorarea furiei resimțite la adresa tatălui. Până în momentul în care am analizat semnificația acestor comportamente, pacientul își *idealizase* tatăl. Analizarea motivațiilor *transferențiale* care au stat la baza încercării sale de a nu se conforma înțelegerii a fost esențială pentru ca pacientul să înțeleagă și ulterior să renunțe la această procrastinare severă.

80. Disocierea

Nu se referă doar la faptul că uiți un conținut ideatic (*refulare*), ci și la absența conștientizării unor aspecte ce țin de propria personalitate, ca de exemplu elemente privind identitatea, dorințe pulsionale, răspunsuri comportamentale motivate de vinovăție, amintiri și apărări.

O serie de terapeuți și psihanalisti (I. Brenner, 1996, 2001) au relatat despre existența „alter ego-urilor” (personalităților alternante) la adulții ce au fost abuzați sexual în copilărie, emițând ipoteza că disocierea este un proces prin care aspecte importante ale personalității sunt clivate și devin inconștiente, ca apărare împotriva intensității afectelor determinate de evenimentul din copilărie.

Armstrong (1994) precizează că diagnosticul diferențial al tulburării de personalitate multiplă (prescurtat mod) include și schizofrenia: „Multe dintre simptomele întâlnite în mod... par similare fenomenelor psihotice, ca de exemplu auzirea unor voci interioare și experiența unor sentimente sau acțiuni «impuse» (Kluft, 1985) (p. 353).

Pe de altă parte, Target (1998), făcând o trecere în revistă a literaturii de specialitate, a descoperit că în numeroase studii, „amintirile recuperate” sunt produse de

confabulațiile pacientului, induse de către terapeut. În acest sens, o serie de autori (Frosch, 1983; Gardner, 1994) consideră că atunci când individul crede că altcineva îi impune din interior gândurile, sentimentele sau acțiunile cu caracter conflictual, este vorba de: *refulare, izolare (a afectului), compartimentarea gândirii, clivaj, reprimare, comportament evaziv, transfer, inhibiția Eului ca observator*, la care se adaugă *animismul* și gândirea concretă. Această constelație de deficite la nivelul Eului și apărări este specifică pentru majoritatea cazurilor de schizofrenie, ceea ce i-a determinat pe mult autori să considere că, în esență, tulburarea de personalitate multiplă reprezintă o serie de deliruri (în parte, defensive) ce apar la schizofrenicii inteligenți (Rosenbaum, 1980).

Adoptând o poziție teoretică total diferită, Whitmer (2001) propune o definiție alternativă a conceptului de disociere: „... în disociere, subiectul își structurează experiența în jurul ideii că un altul îi impune acestuia percepțiile...” (p. 812).

Deși autorul nu descrie disocierea în termeni de activitate defensivă, consideră că, din moment ce subiectul recurge la un altul pentru formarea imaginii de sine, este vorba, cel puțin parțial, de o operație defensivă. Afectele de care se apără subiectul pot fi variabile, însă e probabil ca anxietatea de dezintegrare a Sinelui („anihilare”) să fie unul dintre ele.

În clinică, definiția dată de Whitmer rămâne valabilă pentru un număr mare de pacienți ce par să își construiască imaginea asupra propriei persoane exclusiv pe baza părerilor unor persoane importante, de exemplu terapeutul, soția, un mentor, șeful.

81. Fotofobia (Abraham, 1913)

Evii lumina pentru a te proteja, printre altele, de vinovăția intensă produsă de dorința de a privi (scotofilie) cu precădere situații interzise, cu un caracter sexual²¹.

Această apărare le este caracteristică indivizilor agorafobiei. Alții manifestă o „sensibilitate” crescută față

de lumină, motiv pentru care vă pot cere să reduceți iluminatul din camera de consultație (ceea ce este un lucru surprinzător, având în vedere că în cabinetele de terapie lumina nu este în general atât de puternică).

RECOMANDARE

Atunci când pacientul vă adresează o astfel de cerere, îi puteți arăta că este vorba de o deplasare a dorinței inconștiente de a „nu vedea” prea mult în ședință. Ceea ce pacientul nu dorește să vadă ar putea astfel deveni conștient, împreună cu afectele de care acesta se apără.

82. Apatia (Greenson, 1949)

Nu ai interesul necesar desfășurării oricărei activități.

Indivizii apatici nu sunt în mod necesar leneși sau negativiști. Această aparentă lipsă de entuziasm îi protejează împotriva dezamăgirilor și/sau anxietății legate de divulgarea prea multor informații personale. Totodată, ei evită astfel atât conștientizarea dorinței de a fi îngrijiți, specifică stadiului oral infantil, precum și acceptarea dorinței sadice de a controla lumea (fără a fi controlați).

83. Intimidarea celorlalți – comportamentul agresiv tiranic (Knight, 1942; Blackman, 2003)

Cel mai adesea, acest comportament are rolul de a-l elibera pe agresor de vinovăția sau anxietatea legate de pierderea iubirii. Knight a ajuns la concluzia că „... atitudinea agresivă provoacă răspunsuri ostile ce au ca efect creșterea anxietății și, consecutiv, intensificarea nevoii unei agresivități mai mari. Prin urmare, apare un cerc vicios...” (p. 443)

Intimidarea este rar întâlnită la pacienții aflați la începutul tratamentului; mulți dintre aceștia prezintă dificultăți emoționale severe atunci când vin la prima consultație și, prin urmare, nu doresc să-l ofenseze pe terapeut. Cu toate acestea, există și pacienți care vor începe consultația prin a ne „intervieva”; adică adresând numeroase întrebări referitoare la cât de capabili suntem

pentru a-i trata. Aceștia îl determină adesea, în mod subtil, pe terapeut să se simtă vinovat în legătură cu fantasmele de răzbunare inconștiente (și uneori conștiente) pe care începe să le aibă, ca răspuns la atacul pacientului.

RECOMANDARE

Pacientul care vine la consultație are întotdeauna dreptul de a primi informații privind pregătirea dumneavoastră profesională și ideile generale referitoare la diagnostic și pronostic, iar majoritatea terapeuților răspund în mod obișnuit la astfel de întrebări. Cu toate acestea, adresarea unui număr prea mare de întrebări poate fi o metodă prin care pacientul să controleze interacțiunea cu terapeutul, ca apărare împotriva unei anxietăți intense. În general, îi puteți atrage atenția asupra tendinței de a controla, ceea ce face ca intimidarea ca apărare să poată fi discutată și analizată.

84. Compensarea deficiențelor (Ackerman Jahoda, 1948)

Dezvoltă o ură distructivă la adresa celorlalți, care nu au deficiențe la fel de mari ca tine (mai ales cu privire la aspectele legate de identitate). Ulterior, iei parte la marginalizarea și excluderea acestora.

Un bărbat celibatar în vârstă de 31 de ani se afla încă în stadiul de a obține diploma universitară. Încercase o serie de „profesii”, printre care barman pentru o perioadă, apoi tâmplar, după care își continuase studiile universitare în sociologie. A mărturisit că îl admira pe Hitler și nazismul pentru că urmăreau un scop precis - perfecțiunea - și știa pe cine urăsc - poporul evreu. I-am explicat că prin dorința de a se identifica cu naștii el spera că va afla ce anume îl individualizează pe el ca individualitate; în acest mod se elibera de sentimentele depresive legate de faptul că nu reușise încă să se „descopere pe sine”. Pacientul a fost de acord, după care a mărturisit că se simțea vinovat pentru acest interes cu privire la nazism, despre care știa că este „bizar”, având în vedere că nu era de acord cu politica de dominare a lumii

și cu genocidul de care aceștia se fac vinovați.

85. Ticul psihogen (Aarons, 1958)

Reprezintă un spasm sau o tresărire bruscă a musculaturii unui segment corporal, ce are rolul de a descărca o tensiune emoțională, astfel că individul evită conștientizarea conflictului care a produs această tensiune. În stările grave, acest mecanism poate lua forma pseudocrizelor convulsive.

Mahler (1944) face distincția între ticul psihogen și fenomenele de acest tip cu o bază neurologică, ajungând la concluzia că ticul psihogen „... ar putea simboliza un gest agresiv sau o *acțiune motorie prin care Eul se apără în mod magic* împotriva unei tensiuni intolerabile și a conflictului cu lumea externă” (italice adăugate, p. 435).

RECOMANDARE

Este util de ținut minte că această operație defensivă poate să apară la copiii ce prezintă unele simptome caracteristice sindromului Tourette, fără ca acestea să aibă o bază neurologică. În astfel de cazuri, descărcarea psihomotorie poate fi interpretată ca respingere defensivă a unor fantasme agresive sau sexuale. De asemenea, trebuie reținut că la adulți poate exista o neintegrare a controlului psihomotor cu celelalte funcții ale gândirii, aceasta putând sugera o tendință psihotică latentă (Bender, 1944).

86. Introspecția (Kohut, 1959; Fogel, 1995)

Privește în tine însuți ca măsură de protecție. Altfel spus, începi să îți folosești Eul ca observator pentru gestionarea afectelor (similar folosirii inteligenței ca apărare). Kohut (1959) subliniază: „... Introspecția poate... constitui o evadare din realitate” (p. 466).

Mai mult, anumiți indivizi fie au dezvoltat în copilărie această tendință de a „supraanaliza” propriile gânduri și comportamente ca modalitate de control al afectelor, fie și-au dezvoltat excesiv capacitatea de observare a Eului datorită anxietății intense legată de pierderea controlului.

RECOMANDARE

Fogel (1995) recomandă: „Demersul terapeutic eficient necesită ca [pacienții ce utilizează această apărare patologică] să își trăiască «trauma» – experiențele de dediferențiere ce le subminează capacitatea considerabilă de conștientizare a propriilor gânduri și sentimente” (p. 793). Cu alte cuvinte, în astfel de situații, a le permite pacienților să „continue în acest mod” este o greșală. Aceștia vor face propriile interpretări, dând impresia că își înțeleg propriile conflicte, fără a avea loc însă niciun fel de schimbări.

A nu interveni în „autoanaliza” pacienților asupra anumitor formațiuni de compromis este adesea o tehnică adecvată în stadiile avansate ale terapiei, întrucât o atitudine mai pasivă a terapeutului încurajează autonomia pacienților și capacitatea acestora de a se separa de terapeut. Pe de altă parte, la tipul de pacienți ce folosesc introspecția în mod defensiv este indicată confruntarea acestora ca mecanism patologic, împreună cu *distanțarea*, *intelectualizarea* și/sau *grandiozitatea*, dacă este însoțită de acestea.

87. Acordul rezervat (Abend, 1975)

Îți dai parțial consimțământul în legătură cu ceva, pentru a te apăra împotriva furiei rebele resimțite.

Abend descrie această apărare astfel:

Am în vedere acei indivizi care nu manifestă îndoială sau opoziție, ci răspund în manieră negativă printr-o formulă ce poate fi descrisă: „Da, dar...”. Aceștia aparent acceptă interpretările, în special pe cele familiare, ca urmare a intervenției terapeutice anterioare. Cu toate acestea, la astfel de pacienți acceptarea este însoțită în mod caracteristic de credința – pe care conștient nu o privesc ca pe o contradicție – că anumiți factori ai realității externe au deopotrivă un rol important în determinarea comportamentelor, gândurilor și sentimentelor ce sunt supuse analizei (p. 631).

Autorul adaugă: „ca regulă generală, acești pacienți nu conștientizează intensitatea dorinței lor de a se opune

interpretărilor terapeutului” (p. 631).

88. Investirea pulsională a unei deficiențe a Eului (Blackman, 199 la)

Ești cu ușurință copleșit de emoții datorită unei slabe capacități de toleranță la afecte (vezi Anexa 2). Pe de altă parte, această slăbiciune a Eului îți provoacă o rușine intensă, astfel că o consideri în mod defensiv ca o caracteristică feminină și nu ca pe o slăbiciune.

La bărbații heterosexual! care sunt atât de deranjați de fantasmele lor homosexuale (Coates & Person, 1985) încât recurg la terapia psihodinamică, aceste fantasme reflectă adesea o simbolistică „feminină” că apărare împotriva rușinii datorate unui control pulsional slab și a unei toleranțe la afect reduse. Prin opoziție, pentru acest gen de bărbați, „masculinitatea” poate reprezenta tărie de caracter (forța Eului) și/sau violență.

Această apărare este întâlnită adesea și la unele femei care pun slăbiciunea Eului (privind toleranța la afect sau controlul pulsional) pe seama faptului că sunt „doar” caracteristici ale feminității. Soții unor astfel de femei cu un Eu slab le descriu pe acestea ca fiind „doar sexul mai slab” sau „mai emoționale” și folosesc probabil ca apărări *raționalizarea* și *investirea pulsională* a deficiențelor patologice privind funcționarea soțiilor.

Echivalarea masculinității cu violența și forța Eului poate fi regăsită la stereotipul „iubitelor de motocicliști”, care încearcă să compenseze propriile deficiențe de funcționare a Eului mai întâi prin *sexualizarea* acestora, urmată de dezvoltarea unui atașament față de bărbați violenți, considerați ca fiind „puternici”.

89. Inautenticitatea (Akhtar, 1994)

Te prefaci, probabil din obișnuință. Astfel, ai sentimentul că ești în contact cu ceilalți, dar totodată păstrezi în secret distanța emoțională față de aceștia.

Deși nu este neobișnuit pentru adolescenți să „încerce” diferite roluri, să plănuiască strategii sociale („și după aceea ce ai spus?”) și să se comporte artificial (de

exemplu, „blazat”), persistența oricărui dintre aceste fenomene în viața adultă tinde adesea să devină patologică. În particular, inautenticitatea îl protejează pe individ împotriva anxietății privind propria identitate sau de respingerea determinată de expunerea reacțiilor sale autentice.

RECOMANDARE

Inautenticitatea ar trebui confruntată cât mai devreme în terapie, din moment ce împiedică o comunicare onestă în cadrul ședințelor. Din propria experiență cu pacienții ce folosesc inautenticitatea defensiv, am observat că li se poate uneori atrage atenția asupra falsității reacțiilor emoționale cu puțin umor. Un comentariu de genul: „Mă întreb dacă *chiar* credeți asta”, îi poate facilita pacientului înțelegerea acestei apărări, mai ales atunci când răspunsul acestuia este de forma: „Poate că nu, dar nu sunt obișnuit să fiu atât de sincer!”

90. Hiperrăționalitatea (Spruiell, 1989)

Folosești funcția de testare a realității și procesele secundare (gândirea logică, orientată temporal) în scopul evitării afectelor.

Raționamentul este un complex de funcții psihice. Încă de la începuturile psihanalizei, Freud (1900 a) introduce termenul de „proces secundare ale gândirii” pentru a desemna gândirea logică, orientată temporal. Deși există în literatura de specialitate mențiuni cu privire la hiperrăționalitate (Goldberg, 1976; Asch, 1982), aceasta nu este în general considerată ca apărare.

RECOMANDARE

De regulă, dacă aproape tot ceea ce vă relatează pacientul se încadrează într-o anumită logică, vă puteți întreba de ce lipsește materialul irațional, cu încărcătură emoțională. Ați putea să îi subliniați pacientului faptul că este vorba despre o manevră defensivă, de tipul: „Doar faptele, doamnă”. Sau vă puteți referi la acest mecanism ca la un fel de „rigiditate”. Orice modalitate alegeți, fiți pregătit pentru o reacție emoțională intensă a pacientului,

odată ce ați deschis discuția - aceasta ar putea fi o furie intensă resimțită față de dumneavoastră, pentru că i-ați tulburat sentimentul de control - o caracteristică anală discutată de Rosegrant (1995).

91. Imprecizia (Paniagua, 1999)

Faci doar aluzie la ceea ce gândești, astfel că în realitate nimeni nu poate afla detaliile, ce rămân astfel ascunse.

O pacientă de vârstă mijlocie s-a plâns în ședință că avusese „un sfârșit de săptămână îngrozitor”. Soțul fusese irascibil. Conversațiile dintre ei au fost „inutile”. Iar în final au ajuns la „un fel de împăcare”. Când am subliniat faptul că părea să ocolească orice detalii, pacienta a început să plângă, spunând că acestea erau „prea dureroase”. Ulterior a relatat treptat ce se petrecuse.

RECOMANDARE

Imprecizia este foarte des întâlnită în consultațiile inițiale, deși poate să apară și ulterior în terapie. Le puteți atrage atenția pacienților asupra acestui mecanism afirmând că vă sunt oferite doar „titlurile pe scurt” fără celelalte informații, ceea ce vă sugerează existența unei dificultăți de a vorbi pe larg despre subiectul respectiv.

92. Hiperestetismul (Paniagua, 1999)

Ești preocupat de ideea de frumos și/sau adevăr, evitând astfel realitățile neplăcute, propria agresivitate sau afecțele inacceptabile.

Aceasta este o problemă specifică indivizilor cu un nivel ridicat de educație, care pot discuta despre frumusețea unor idei, expoziții sau alte subiecte asemănătoare, în loc să își înțeleagă problemele personale. Pe de altă parte, pacienții pot începe să comenteze în legătură cu decorul cabinetului sau vremea extrem de plăcută, pentru a evita să se gândească la aspectele „mai neplăcute”.

RECOMANDARE

Un mod relativ ușor de abordare a acestei apărări constă în adresarea directă a aspectelor plăcute descrise

de pacient, care sunt probabil „un pic mai plăcute decât alte gânduri și sentimente menționate de dumneavoastră în ultima vreme”.

93. Locvacitatea

Vorbești cu ușurință, dar în realitate nu crezi prea mult din ceea ce spui.

O pacientă de 35 de ani, celibatară, a relatat un vis în care un bărbat (ce semăna cu mine, analistul său) o cerea de soție. Apoi a continuat să vorbească detaliat despre nevoia sa de dependență, construind diferite teorii despre singurătatea sa, printre care a amintit și identificarea cu firea retrasă a mamei sale. Deși aceste concluzii derivate din munca terapeutică anterioară erau corecte și nu aveau un caracter inautentic, nu păreau să fie investite afectiv de către pacientă.

Am subliniat faptul că pacienta dădea impresia să revină asupra înțelegerilor anterioare legate de dependență, ca și cum ar fi susținut un examen, dar că nu eram sigur dacă ea credea în mare parte ceea ce afirma. Am menționat că, întrucâtva, nu abordase direct materialul visului privitor la fantezmele sale de a se căsători cu mine. Pacienta a răspuns:

„Aveți dreptate! Nu vreau să discut despre asta!”

94. Violența fizică (Glasser, 1992)

„Anulezi obiectul” față de care nutrești sentimentele neplăcute, prin neutralizarea efectelor pe care acesta le poate avea asupra ta.

Violența fizică are o istorie lungă și controversată – pacifiști versus soldați (WWI22), izolaționiști versus adepții războiului, șoimi versus porumbei (în războiul din Vietnam). Cu toate acestea, în terapie avem în general de-a face cu probleme legate de relațiile interpersonale, în care violența fizică constituie o operație defensivă extrem de nocivă. Deși aceasta are o incidență mai mare în rândul bărbaților, violența ca apărare este întâlnită și la femeile ce își agresează fizic copiii.

Contribuția lui Glasser (1992) la înțelegerea violenței

rezidă în sublinierea faptului că aceasta nu reprezintă doar descărcarea unei uri distructive sau un mecanism defensiv destinat autoconservării. În anumite situații, indivizii pot folosi violența fizică pentru a se proteja de orice sentimente trezite de relațiile cu semenii. Nevoia de a distruge orice legătură emoțională între sine și celălalt își are de regulă originile în patologiiile relațiilor de obiect (cu alte cuvinte, individul se agață de ceilalți, dar totodată încearcă să anuleze impactul emoțional pe care aceștia îl au asupra lui).

RECOMANDARE

Așteptați-vă să regăsiți această apărare la pacienții aflați în situația dificilă de a divorța. Aceștia vor încerca probabil să își anuleze sentimentele supărătoare resimțite la adresa partenerului înstrăinat, deplasându-le asupra copiilor. Prin urmare, unei mame de obicei îngăduitoare, care își palmuiește din senin copilul peste față pe motiv că acesta „a făcut mizerie la masă”, puteți încerca să îi interpretați felul în care ea dorește probabil la nivel inconștient să îl împiedice pe copil să o tulbure emoțional, iar „mizeria” se referă de fapt la ceea ce simte că a făcut soțul – problemele din relația de cuplu.

95. Identificarea cu obiectul lezat (Kitayama, 1991)

Ai convingerea că ești rănit și funcționezi ca atare. Această credință eronată are un rol de protecție.

Un bărbat de 40 de ani nu reușea să își finalizeze activitățile. El i-a mărturisit acest neajuns soției, care a încercat să îl ajute. Când am subliniat faptul că aparent încerca să-i convingă pe ceilalți de neputința și incapacitatea sa, pacientul mi-a dat dreptate. Ulterior s-a descris ca o7, pasăre rănită”, după care a spus că semăna cu un puișor pe care atunci când avea 3 sau 4 ani încercase să îl salveze. Puiul căzuse într-un bazin cu apă și ciripea. El crezuse că era rănit și, întrucât mama sa nu era atentă, a fost cât pe ce să cadă în bazin.

Această identificare a pacientului cu puiul rănit îl proteja (operație defensivă) de conștientizarea

sentimentelor de rușine pentru dorința sa intensă de a fi îngrijit de o figură maternă. Totodată, el *deplasase* inconștient aceste dorințe de afecțiune maternă asupra soției.

96. Regresia formală (Freud, 1900 a; Blum, 1994 b)

Nu mai folosești gândirea logică, orientată temporal (procese secundare), ci o gândire simbolică, condensată (ca proces primar). Trecerea de la procesele secundare la cele primare te protejează de concluzii dureroase.

Această apărare este regăsită frecvent în disputele maritale, atunci când unul sau ambii parteneri realizează că se „ceartă fără motiv”.

Primul exemplu. Soțul s-a plâns de faptul că soția „aduce în discuție lucruri ce s-au întâmplat acum 10 ani, pe care nici măcar nu mi le mai amintesc!” Cu alte cuvinte, acesta era perplex de modul cum soția *condensa* problemele actuale cu vechile frustrări, pentru a se apăra de intensitatea sentimentelor de frustrare trăite în prezent.

Al doilea exemplu. O femeie casnică era deranjată de faptul că soțul „găsea motive iraționale pentru a certa copiii”. În realitate, aceasta se simțea vinovată pentru că nu lucra și își diminua autocritica glumind în legătură cu „viața bună” și lenea copiilor – aceștia nu erau constrânși să își facă temele, așa cum se simțise ea în anii de școală.

Mai mult, ea era frustrată că soțul petrecea multe ore la serviciu. O deranja programul acestuia, însă știa că el nu putea decide în această privință. Faptul că se supăra pe soț o făcea să se simtă „irațională”.

Pe lângă faptul că pacienta *proiecta* asupra soțului (vedea la acesta) atât propria atitudine critică față de copii, cât și sentimentul că era „irațională”, ea *regresase* formal în scop defensiv. Astfel, *condensase* imaginea propriei persoane cu cele ale copiilor, devenind furioasă pe soț pentru că îi critica atunci când nu își făceau temele, la fel cum ea se critica pe sine pentru că nu lucra.

97. Hipervigilența

Te afli permanent într-o stare de alertă, chiar și atunci când nu există niciun motiv obiectiv.

Acest mecanism protejează persoana împotriva conștientizării anxietății trezite de manifestările spontane de natură agresivă, sexuală sau afectivă ale semenilor. Hipervigilența apare adesea ca urmare a *proiecției* în celălalt a unei dorințe pulsionale intense: propria sexualitate și agresivitate îi sunt atribuite acestuia; prin urmare, individul devine hipervigilent pentru a se proteja de propriile proiecții ale unor idei și dorințe (interzise).

98. Deplasarea temporală într-o situație ipotetică viitoare (Akhtar, 1996)

Îți imaginezi la nesfârșit ce minunat ar fi totul „numai dacă...” sau „într-o bună zi...”. Aceste fantasme au rolul de protecție împotriva sentimentelor dureroase datorate nerealizării dorințelor și te împiedică să te bucuri de plăcerea (interzisă) prezentă.

RECOMANDARE

Akhtar (1996) recomandă câteva etape de parcurs în tratarea pacienților ce folosesc acest tip de apărare, printre care: renunțarea la speranța nerealistă, analizarea efectelor unei astfel de renunțări asupra pacientului, facilitarea doliului care rezultă și reconstruirea scenariilor inițiale ce au stat la baza speranțelor nerealiste.

99. Extenuarea (oboseala cronică)

Te simți obosit, deși nu există nicio cauză obiectivă care să explice această stare. Oboseala are rolul de a te proteja de conștientizarea unor aspecte neplăcute ale propriei personalități.

Acesta este un simptom foarte des întâlnit în practica medicală. Fiecare nou deceniu aduce cu sine noi explicații „medicale” posibile pentru acest fenomen. În ultimul timp, „sindromul de oboseală cronică” a fost pus pe seama infestării cu virusul Epstein-Barr. Cu zece ani în urmă, cauza „la modă” era hipoglicemia (chiar dacă testul de toleranță al nivelului de glucoză din sânge evidenția uneori valori normale). Doar după ce sunt eliminate alte cauze

etiologice organice (printre care tumorile maligne, boala tiroidiană, bolile glandei suprarenale, diferite infecții, diabetul, artrita reumatoidă sau alte boli ale „colagenului”) evaluarea diagnostică ajunge să ia în calcul și factorii emoționali.

Considerați extenuarea ca fiind o operație defensivă – specifică îndeosebi indivizilor ce se simt vinovați pentru faptul că doresc să fie îngrijiți de către ceilalți. Acesta este un mod de a-i determina pe ceilalți să procedeze astfel, în timp ce individul extenuat nu își conștientizează dependența. Simultan, este valabil principiul funcției multiple: extenuarea îl pedepsește pe individ, astfel că nu se poate bucura de gratificarea orală (dependență).

100. Franchețea (Feder, 1974)

Aparent, ai o atitudine deschisă și ești bine intenționat. Însă această tendință de a spune „adevărul” îl protejează atât pe tine, cât și pe ceilalți, de aflarea „întregului adevăr” privind ostilitatea agresivă ce te caracterizează.

Franchețea poate sta la baza confruntărilor verbale virulente, fiind un automatism preconștient – adică un răspuns automat compus din câteva tipuri de apărări, ce este declanșat de anumite situații conflictuale (Hartmann, 1939). Individul de o sinceritate ofensatoare îi poate sancționa adesea pe ceilalți pentru greșelile lor. Poate că aceștia au făcut ceva inadecvat, însă franchețea reprezintă o reacție exagerată, ce îl apără pe individ de alte afecte.

Există cu siguranță situații în care este normal ca indivizii să devină iritați atunci când își dau seama că celălalt încearcă să îi manipuleze. În realitate, cei care nu pot face acest lucru cer adesea ajutorul terapeuților. Cu toate acestea, sinceritatea în forma sa dezarmantă sau ofensatoare poate fi o apărare dezadaptativă atunci când este folosită în mod automat și repetat.

Atitudinea ofensatoare este întâlnită adesea la indivizii care se tem că vor fi tratați nedrept. Teamă de victimizare își poate avea originile în identificarea cu un

părinte sau un frate aflat în această postură, sau se poate datora unor așteptări transferențiale determinate de experiențele trecute ale individului în relațiile cu părinții, frații sau cu alte persoane. Prin atitudinea sa, acesta se asigură că nu va ajunge în postura de victimă. Cei care folosesc acest mecanism își pierd adesea locul de muncă, își îndepărtează prietenii și partenerii, și prin urmare suferă.

RECOMANDARE

Ca și în cazul multor alte apărări, este dificil de interpretat dacă franchețea este un mecanism dezadaptativ. Pacienții pot adesea considera că menținerea francheții sau a atitudinii ofensatoare este justificată de „realitate”. Alternativ, ei se pot mândri cu presupusa sinceritate brutală.

Subtilitatea intervenției terapeutice constă în a le comunica acestora că nu considerați sinceritatea sau agresivitatea cu rol de autoprotecție ca fiind patologice, însă modul în care aceștia le folosesc este contraproductiv și are rolul de a-i proteja de fricile iraționale. Pe parcursul terapiei, probabil că va trebui și să interpretați în transfer fantasma că dumneavoastră încercați să-i împiedicați să se apere agresiv sau că încercați să-i determinați să se „poarte frumos”.

101. Transformarea autocriticii în criticarea obiectului

Te simți vinovat și ești autocritic, însă îl critici pe celălalt sau faptele acestuia.

Domnul UV, un bărbat de 33 de ani, internat în spital datorită unor idealii suicidare, se plângea că soția era supraponderală. El a reiatat că îi spunea acesteia în permanență că „începuse să semene cu un porc gras” și că mânca prea mult. Când am sugerat că probabil exista un motiv care o determina pe soție să mănânce excesiv, domnul UV a exclamat: „Cum? Nu văd niciunul”. I-am răspuns că era probabil prea aspru cu aceasta. Pacientul a continuat: „Asta spune și ea. Dar de ce sunt aspru?”

„Ideea este că o criticați cu sadism – am spus – dar că ați prefera să nu recunoașteți acest lucru”. Domnul UV a replicat: „Îmi pare rău. Nu am vrut. De regulă sunt foarte aspru cu mine. Îmi sunt cel mai mare dușman”.

În ziua următoare, domnul UV a spus în ședință că se gândise la modul în care îl făcusem să se confrunte cu propriul sadism și că îmi dădea dreptate. M-a întrebat apoi: „Cum de nu am putut vedea și singur acest lucru?” „Pentru că sunteți și egocentric”. Râzând, domnul UV a comentat: „Ah, mulțumesc. Mai aveți și alte «complimente» să-mi faceți?” Am clarificat faptul că domnul UV mă critica așa cum se critica și pe sine – acuzându-mă de cruzime și sadism. Pacientul a înțeles că: „Uneori, când mă gândeam să termin cu toate, aveam sentimentul că meritam să mor, dar nu înțelegeam de ce”.

Ulterior, am avut o ședință cu pacientul și soția acestuia (ce avea doar 4 sau 5 kilograme peste greutatea normală), în care Sofia a confirmat cu sinceritate că mânca excesiv pentru că îi era greu să suporte „criticismul permanent” al soțului.

IV.

Utilizarea apărărilor în diagnosticarea psihopatologiei

Literatura de specialitate privind utilizarea apărărilor în stabilirea diagnosticului psihologic începe cu primele descoperiri ale lui Freud (1894), dezvoltat ulterior de către Anna Freud (1936) într-o lucrare monografică de referință. Vaillant (1992) diferențează operațiile defensive în funcție de nivelul de „maturitate” al acestora, adică de stadiul psihosexual în care ele se formează, sugerând că utilizarea unor apărări mai mature indică o funcționare mentală mai sănătoasă. Prin contrast, Willick (1985) demonstrează că la pacienții adulți, distincțiile diagnostice ce vizează nivelul de maturitate al apărărilor sunt mai puțin elocvente comparativ cu o evaluare a funcțiilor Eului, pentru diferențierea stărilor psihotice de cele nepsihotice.

În general, cu excepția câtorva apărări deosebit de

nocive (*îndeosebi negarea, proiecția, reconstrucția realității*, precum și *regresiile la nivelul testării realității, a integrării și a capacității de conținere a proceselor primare*), în stabilirea diagnosticului și alegerea tratamentului este necesară mai întâi evaluarea funcțiilor autonome ale Eului (Hartmann, 1939; Knight, 1986; Busch, 1997). Distincția dintre unui nivel de funcționare psihotic, comparativ cu unul borderline, și respectiv nevrotic („superior”) depinde considerabil de gradul de funcționare al Eului, la nivel de:

Integrare/organizare (Bleuler, 1969)

abstractizare testare a realității și relație cu aceasta (Frosch, 1964)

autoconservare procesele secundare, comparativ cu cele primare percepție memorie coordonare psihomotorie judecată anticipare (Bellack & Meyers, 1975)

vorbire tipuri de inteligență (Hartmann, 1939)

capacitate de adaptare îngrijirea propriului corp atenție și concentrare funcția reglatorie (controlul dorințelor pulsionale sexuale și agresive) (Hartmann, 1955)

trecerea de la joacă la muncă (capacitatea de a se juca se transformă în capacitatea de a munci)

Mai multe informații privind funcțiile autonome ale Eului

La unii indivizi, tulburările mentale au drept cauză o serie de modificări la nivel cerebral datorate unor boli metabolice, endocrine, vasculare, neoplazice, diferiților agenți toxici, infecțiilor sau bolilor (sindroamelor) ereditare. De regulă, aceste etiologii „organice” determină deficiențe la nivelul uneia sau mai multor funcții psihice de bază, ca de exemplu:

ritmul somn-veghe: spre exemplu, dificultăți de trezire dimineața, specifice afecțiunilor hipertiroidiene percepția (prelucrarea informațiilor primite de la organele de simț): ca de exemplu, pierderea mirosului, datorată tumorilor cerebrale ce afectează nervul olfactiv

senzorialitatea (vigilența specifică stării de veghe): de exemplu, starea de somnolență în intoxicațiile cu marijuana memoria (capacitatea de a păstra și recupera percepțiile în legătură cu persoane, locuri, obiecte): de exemplu, individul suferind de boala Alzheimer nu își mai recunoaște copiii orientarea (recunoașterea persoanelor, locurilor, percepția timpului și înțelegerea situațiilor): de exemplu, pierderea orientării în boala Alzheimer sau în bolile însoțite de o stare febrilă acută coordonarea psihomotorie: de exemplu, crizele epileptice vorbirea: de exemplu, incapacitatea folosirii limbajului articulat după un atac cerebral localizat în emisfera stângă

Oricare dintre funcțiile menționate anterior reprezintă o funcție autonomă a Eului (Hartmann, 1939, 1981). Acestea nu sunt direct implicate în gestionarea emoțiilor, ci reprezintă operații mentale de bază, ce se dezvoltă în decursul unei perioade de timp îndelungate. Cu toate acestea, funcțiile autonome și dezvoltarea lor *pot fi afectate* atât de bolile organice, *cât și* de diferite emoții și apărările mobilizate împotriva acestora (vezi capitolul 3, apărările 47, 48).

Boala psihotică poate fi rezultatul unor deficiențe ereditare (congenitale) la nivelul anumitor funcții ale Eului. În cele mai multe cazuri de schizofrenie (vezi Anexa 1), tulburările gândirii par să fie determinate de o incapacitate de a organiza și a integra idei, de a utiliza abstractizarea pentru înțelegerea realității externe și de a menține ideile bizare și fantezmele în afara conștiinței (conținerea fantezmelor, ca procese primare). Spre exemplu, un tânăr credea că asistentele din spital lucrau pentru FBI, erau plătite de proxeneți și că urmăreau să-i fure banii. El nu putea împiedica aceste fantezme să devină conștiente și nu putea folosi testarea realității (pentru a verifica veridicitatea acestora) sau procesele secundare (gândirea logică). Cu toate că pacientul utiliza *proiecția* (el era cel avar și avea dorințe sexuale intense), *transferul* (tatăl său lucrase pentru FBI) și *deplasarea*

asupra personalului spitalului, o interpretare a acestor apărări nu era suficientă pentru a diferenția starea sa psihotică de una nepsihotică.

În acest caz, diagnosticul a fost posibil doar în urma evaluării modului patologic de funcționare a Eului pacientului.

Tulburarea psihotică poate să apară și atunci când emoțiile deosebit de intense determină un blocaj simultan la nivelul câtorva funcții ale Eului, fără ca acesta să atingă neapărat un nivel psihotic. De exemplu, o studentă a început să aibă dificultăți de concentrare după moartea bunicii. Deși pacienta nu era psihotică, concentrarea ca funcție autonomă a Eului a fost blocată temporar datorită intensității afectului depresiv (suferința produsă de doliu). Dacă ar fi fost blocate simultan funcția de integrare și cea de testare a realității, pacienta ar fi putut ajunge să creadă că amintirile vizuale și auditive legate de bunica sa erau percepții „reale” (pierderea legăturii cu realitatea) și că bunica era prezentă și îi vorbea (suprimarea testării realității).

Din păcate, deficiențe atât de severe în funcționarea Eului se întâlnesc adesea în cazul fetelor ce au suferit un abuz sexual (viol). Dacă este vorba de un abuz repetat, afectele intense de furie, teamă, durere și depresie pot împiedica dezvoltarea normală a anumitor funcții autonome ale Eului, cum ar fi concentrarea, relația cu realitatea, abstractizarea, integrarea, inteligența (Blackman, 199 lb) și, ulterior, funcția reglatorie (controlul tensiunii pulsionale trezită de dorințele sexuale și agresive).

În concluzie, în tulburarea psihotică, fie că aceasta se datorează unei patologii organice cerebrale, unei traume emoționale sau unor deficiențe cronice, regăsim de regulă perturbări la nivelul funcțiilor autonome ale Eului. Mecanismele neuronale (Edelman, 1992) aflate la baza acestor deficiențe nu sunt cunoscute până în prezent. (Există unele corelații statistice interesante cu

metabolismul dopaminei și al altor neurotransmițători la nivelul sistemului nervos central). Cu toate acestea, numeroși cercetători din domeniul psihanalizei (Bellack, Hurvich & Gediman, 1973; Willick, 1993) consideră că problemele fundamentale în psihoze se datorează deficiențelor în funcționarea psihică și nu operațiilor defensive. (Pentru opinii contrare, consultați Lidz ș.a., 1957; Arlow & Brenner, 1964; Boyer, 1971; Waugaman, 1996).

Alte funcții autonome ale Eului ce pot fi afectate în psihoză includ: memoria, îngrijirea corporală - igiena (A. Freud, 1956), abilitățile sociale (Slavson, 1969), adaptarea autoplasică - ajustarea la mediu (Knight, 1986), trecerea de la joacă la muncă (A. Freud, 1956), judecata și anticiparea (Hoch & Polatin, 1949), adaptarea aloplastică - transformarea mediului (Hartmann, 1939), Eul ca observator (Kohut, 1959), interesele Eului - pasiunile și activitățile de petrecere a timpului liber (Hartmann, 1955) și autoconservarea.

Atunci când funcțiile autonome ale Eului sunt deteriorate sau deficitare, orice afect sau dorință mai intense pot duce la mobilizarea activității defensive. Aceeași gamă completă de apărări (cel puțin 101) pot să apară atât în tulburările psihotice, cât și în cele nepsihotice. *Proiecția* și *învinovățirea proiectivă* sunt des întâlnite la indivizii suferind de schizofrenie („Tu ești nebun doctore, nu eu!”), dar pot fi deopotrivă utilizate și de indivizii normali în anumite situații (determină certurile maritale) sau de către cei fobiei (Fobia față de poduri este rezultatul proiecției asupra obiectului fobie a unor sentimente inacceptabile de furie și vinovăție, astfel că individul se teme, de exemplu, că va fi pedepsit cu moartea dacă traversează podul). *Intelectualizarea* poate fi utilizată de studenții normali pentru a se apăra de anxietatea socială, sau de schizofrenici, pentru mascarea unor credințe eronate. *Elementul definitoriu pentru patologia psihotică îl constituie perturbarea severă la nivelul testării*

realității și al altor funcții ale Eului, și nu în primul rând utilizarea unor apărări specifice.

Pe lângă acestea, în stabilirea diagnosticului și alegerea tratamentului trebuie luată în considerare întotdeauna forța Eului privind toleranța la afect, controlul impulsurilor (al pulsionilor orale, sexuale și agresive), toleranța la suferință și frustrare, conținerea proceselor primare (condensarea, simbolizarea) ale gândirii (Hoch & Polatin, 1949), dezvoltarea unor canale sublimatorii adecvate (Kernberg, 1975), folosirea fanteziei ca acțiune de probă (Hartmann, 1955) și elaborarea psihică (mentalizare) a afectelor, în locul descărcării acestora pe căile somatice (Schur, 1955). (Vezi anexele 2 și 3).

Ca o regulă generală, cu cât funcționarea autonomă a Eului și forța acestuia sunt mai afectate, cu atât persoana este mai probabil să se încadreze în spectrul psihotic (Bellack, 1989). În plus, cu cât constanța reprezentării sinelui și a obiectului este mai deficitară (Mahler, Pine, & Bergman, 1975; Kramer, 1979, 1992), cu atât mai mult terapeuții trebuie să se îngrijoreze că pacientul prezintă o tulburare de tip borderline sau psihotică (vezi Anexa 3).

Mai mult, modul de funcționare a Supraeului necesită o atenție sporită. Deficiențele de funcționare ale acestuia pot fi întâlnite la indivizi cu un nivel adecvat, scăzut sau deficitar al funcțiilor autonome și capacităților ce țin de forța Eului. Cu alte cuvinte, indivizii care mint permanent, cei care îi înșală pe ceilalți și criminalii pot fi „înalt funcționali”, de tip borderline cu tendințe psihotice sau pot să prezinte simptome psihotice manifeste.

Cu toate că evaluarea operațiilor defensive constituie un demers esențial pentru terapeuții de orientare psihodinamică, este de asemenea foarte importantă și formularea distincțiilor diagnostice privind acei pacienți la care Eul, Supraeul și capacitatea de a forma relații de obiect funcționează la un nivel adecvat, astfel că aceștia pot fi tratați cu ajutorul tehnicilor analitice (vezi capitolele 5 și 6). În particular, dacă individul prezintă suficientă

capacitate de abstractizare, integrare, testare a realității, capacitate de observare a Eului, forță a Eului (vezi Anexa 2), un nivel adecvat al empatiei, încrederii și apropierii emoționale, precum și un nivel suficient de integrare al Eului, atunci terapeutul poate utiliza tehnicile analitice interpretative (vezi capitolul 5) pentru diminuarea sau modificarea constelațiilor defensive patologice (dezadaptative).

Ca o completare, o modalitate practică utilă pentru a determina dacă pacienții posedă suficientă capacitate de abstractizare și de integrare în vederea unei terapii bazate pe insight constă în oferirea unei „interpretări de probă” privind apărările și afectele. Astfel, puteți vedea dacă pacienții pot înțelege/folosi terapeutic acest mod de intervenție.

Mai multe informații privind relațiile de obiect și apărările

Pentru ca pacienții să beneficieze de pe urma tehnicilor de confruntare și interpretare a apărărilor, este necesar ca aceștia să poată menține la un nivel adecvat o serie de funcții și capacități în cadrul relațiilor emoționale apropiate.

Tulburările privind diferențierea dintre sine și obiect, întâlnite la pacienții borderline și psihotici, de regulă se manifestă clinic sub formă de anomalii la nivelul capacității de empatie, a încrederii în obiecte, a apropierii emoționale, stabilității și/sau căldurii umane. Un instrument mnemonic util în evaluarea problemelor în relațiile interpersonale referitoare la aceste capacități este „Warm-ETHICS2”: Căldura umană, Empatia, încrederea, Susținere din partea mediului, Identitatea, Aproximarea emoțională și Stabilitatea în relațiile interpersonale. Cu cât aceste capacități sunt mai limitate, cu atât tulburarea individului tinde să fie mai severă, iar abordările interpretative sunt mai puțin eficiente.

Warm – ETHICS

Deși mulți indivizi se confruntă cu probleme în

relațiile interpersonale, datorate unor tulburări la nivel de căldură umană, empatie, încredere în semenii și în capacitatea de susținere din partea mediului, probleme de identitate, apropiere emoțională, stabilitate și moralitate, acestea îi sunt foarte rar menționate terapeutului de către pacienți. În schimb, indivizii se plâng adesea că suferă de o serie de simptome, ca de pildă inhibiții, obsesii și compulsii, fobii, anxietate, depresii și „probleme în relații”, ce nu pot fi rezolvate. Este posibil ca terapeutul să distingă la aceștia și tulburări de caracter, de tipul intimidării agresive a celorlalți, atitudinii gen „floarea de colț”, timidității, pasivității agresive, atitudinilor seductive (Don Juan-ul), criticismului tiranic și ostilității, dependenței și narcisismului.

Pe lângă simptomele principale evidente care îi aduc pe indivizi la terapie, în timpul evaluării trebuie avute în vedere și deficite privind:

1. Empatia: Are pacientul deficiențe ale capacității de a răspunde emoțional (a se acorda emoțional) în mod adecvat la sentimentele celorlalți? îi afectează această deficiență simțul moral; altfel spus, integritatea în cadrul relațiilor? (Tulburările la nivelul Supraeului pot să apară atunci când există o deficiență cronică privind empatia și apropierea emoțională).

2. Încrederea: Cât de afectată este capacitatea pacientului de a avea încredere în semenii?

3. Capacitatea de susținere din partea mediului: Este mediul extern relativ demn de încredere?

4. Integrarea identității

5. Toleranța la apropierea emoțională în cadrul relațiilor

6. Stabilitatea în relații

7. Căldura umană

Atunci când putem identifica tulburări existente la nivelul uneia dintre aceste arii de funcționare, nu este suficient să ne bazăm intervențiile doar pe mecanismele de apărare, sentimentele de vinovăție și conflicte. Este de

asemenea necesar să identificăm deficiențele și apărările implicate în conflictele intra-psihice care determină manifestările clinice ale problemelor la nivelul relațiilor de obiect: Warm - ETHICS.

Căldura umană. Există situații în care aceasta poate fi inautentică. Însă, pentru majoritatea indivizilor, contactele umane constituie experiențe plăcute. Interacțiunile agreabile, însoțite de un zâmbet, sunt experiențe comune, de rutină. Cu toate acestea, indivizii cu tulburări ale relațiilor de obiect pot manifesta răceală sau lipsa responsivității emoționale la contactul uman prietenos. Aceștia par să aibă dificultăți privind căutarea activă a apropierii emoționale și pot prezenta o deficiență cronică pe care Mahler și grupul său de colaboratori (1975) au denumit-o „responsivitate redusă” 3. Datorită faptului că astfel de indivizi pot folosi și *izolarea afectului*, asociată cu reguli rigide, ei sunt adesea confundați diagnostic cu pacienții suferind de nevroză obsesiv-compulsivă, la care capacitatea de a stabili contacte umane apropiate nu este grav afectată.

Indivizii ce manifestă răceală emoțională au suferit adesea o tulburare afectivă în perioada de dezvoltare timpurie, datorată unei relative lipse de răspuns emoțional din partea părinților. Astfel de experiențe i-au făcut să devină retrași, lipsiți de entuziasm și apatici. Această deficiență fundamentală în dezvoltare, ce aparent își are originile în subfaza reapropierii emoționale (16 - 25 de luni), se poate menține sau chiar accentua în timpul adolescenței și, ulterior, în viața adultă.

Deficiența la nivel de căldură umană trebuie diferențiată de *inhibiția empatiei* (Easser, 1974). *Inhibiția*, sau renunțarea defensivă la capacitatea de responsivitate (acordaj) și căldură emoțională (vezi în continuare), atunci când acestea nu sunt afectate, apare ca o soluție la conflictul intra-psihic - de exemplu, ca protecție împotriva unei dezamăgiri anticipate ce este *transferată* din relații anterioare nefericite.

Empatia. Aceasta reprezintă un subiect complex. Poate că cea mai bună definiție a fost oferită de către Buie (1981). El subliniază că un mod de dezvoltare a empatiei implică condiția să fi avut o experiență individuală similară cu a celui alt, astfel încât relatările acestuia să ne trezească același gen de afecte. De exemplu, o pacientă însărcinată își descrie sentimentele referitoare la sarcină unei terapeute. Aceasta a fost la rândul său însărcinată astfel că, în baza propriei experiențe afective, va putea înțelege imediat reacțiile afective ale pacientei. Neajunsul unei astfel de responsivități empatice rezidă în faptul că ar putea fi distorsionată de *proiecțiile* terapeutului. Altfel spus, dacă terapeutul a trecut prin același gen de experiență, acesta poate proiecta propriile răspunsuri emoționale asupra pacientului și, prin urmare, să înțeleagă greșit reacțiile acestuia. Cu alte cuvinte, similitudinea experiențelor îl poate de fapt împiedica pe terapeut să dezvolte un răspuns empatic în relația cu pacientul.

Buie nu este pesimist în legătură cu capacitatea de empatie a terapeutului, atunci când acesta nu a trecut printr-o experiență similară celei relatate de pacient. El precizează că terapeutul își poate folosi „imaginația creativă” pentru înțelegerea experiențelor pacienților săi. Prin urmare, o femeie terapeut poate empatiza cu anxietatea cu privire la performanțele sexuale, trăită de un bărbat impotent. Similar, un terapeut bărbat își poate imagina felul în care se simte o femeie însărcinată.

Un alt aspect important subliniat de către Buie se referă la faptul că la psihanaliști și terapeuții de orientare psihodinamică responsivitatea emoțională se bazează pe cunoașterea dinamicilor psihice. Cu alte cuvinte, atunci când pacientul se înfurie pe dumneavoastră, vă explicați această reacție la modul: „Furia pacientului apare întotdeauna atunci când este deprimat în legătură cu ceva”. Cunoașterea generală a dinamicilor acestuia vă va ajuta să îi interpretați faptul că, deși își exprimă furia la adresa dumneavoastră, prin prisma istoriei sale de viață,

vă gândiți că această *furie* este o apărare ce îl protejează de sentimentele stânjenitoare de depresie și inadecvare.

În concluzie, Buie este de acord cu observația lui Freud legată de faptul că oamenii pot înțelege intuitiv aspecte ale celuilalt, fără a fi conștienți de acest lucru. Buie denumește această capacitate „rezonanță”. Spre exemplu, în timp ce vorbiți cu cineva, simțiți că începeți să vă enervați. Pe măsură ce vă revizuiți propriile gânduri, vă este imposibil să găsiți vreun posibil conflict, ca sursă a acestei nervozități. Pe de altă parte, observați că celălalt pare calm, precaut și plictisit. Aceasta v-ar putea semnala faptul că individul folosește *izolarea afectului*, și posibil *reprimarea*, ca apărări, în timp ce dumneavoastră trăiți prin rezonanță emoțională acele afecte pe care acesta încearcă să le mențină în afara conștiinței.

Marcus (1980), în lucrarea sa de referință despre contratransfer, definește acest concept astfel încât clinicienii să poată distinge între propriile reacții disruptive și cele empaticе, cu rol de facilitare a procesului terapeutic. Marcus observă că încă există tendința de a folosi termenul contratransfer pentru a desemna toate răspunsurile terapeutului cu privire la pacient. Prin opoziție, acesta propune o definiție ce ia în considerare trei aspecte majore, astfel că terapeutul poate determina dacă intervenția făcută a avut un efect favorabil sau nefavorabil asupra cursului terapiei pacientului.

În primul rând, contratransferul își are originile în inconștientul sau preconștientul terapeutului (gânduri ce pot fi accesate prin comutarea atenției). În al doilea rând, contratransferul este determinat în mod specific de *transferul* pacientului sau de orice alt material produs de acesta în ședință⁴. În al treilea rând, în definirea contratransferului, se ține cont de faptul că răspunsul terapeutului poate întrerupe sau împiedica defensiv procesul terapeutic.

Doamna C, o pacientă de 28 de ani, aflată în tratament la o femeie terapeut, i-a relatat acesteia că se

înfuriase cu o seară înainte pe soț, pentru că acesta insistase să „își administreze” Viagra înaintea actului sexual. Când doamna C și-a exprimat furia la adresa soțului, acesta a ieșit nervos din cameră, și-a luat mașina și a plecat la un prieten pentru a fuma canabis.

Terapeuta i-a răspuns doamnei C: „Ați fost destul de dură cu soțul dumneavoastră”, gândindu-se că acest comentariu o putea ajuta pe pacientă să înțeleagă modul defensiv în care l-a „atacat pe soț” pentru diminuarea propriilor anxietăți privind sexualitatea. Terapeuta „a simțit nevoia” de a o confrunta pe pacientă cu sentimentele ostile de care aceasta se apăra.

Cu toate acestea, răspunsul doamnei C a fost: „Eu sunt cea agresivă? Dar cu mine cum rămâne? Știați că ia Viagra încă de când am fost în luna de miere? Are doar 33 de ani! Nu cred că înțelegeți. Cred că el nu mă iubește; și că încearcă să dovedească ceva. De ce spuneți că sunt agresivă, când timp de aproape doi ani am încercat să spun deschis acest lucru?”

Protestul vehement al doamnei C indica faptul că intervenția terapeutei - privind reacția „agresivă” a pacientei față de soț - era un răspuns contratransferențial, bazat pe identificarea de moment a acesteia cu soțul pacientei (ceea ce Racker [1953] a denumit „identificare complementară” cu introiectul pacientului).

Din punct de vedere tehnic, datorită faptului că această reacție contratransferențială a afectat procesul terapeutic, am recomandat ca terapeuta să recunoască față de pacientă lipsa momentană de empatie, fără însă a-i oferi detalii cu privire la cauzele acesteia. În următoarea sedință, când terapeuta a făcut acest lucru, doamna C i-a mulțumit, după care a făcut noi asocieri în legătură cu „imperfecțiunea” terapeutei, iar ulterior și-a amintit felul în care tatăl o învinovăța întotdeauna în adolescență pentru toate dificultățile sale de a socializa cu băieții. Aceste noi asocieri indicau faptul că pacienta transferase asupra terapeutei furia intensă resimțită față de tată

pentru „insensibilitatea” 5 acestuia.

Apropierea emoțională, Stabilitatea în relații, Identitate. Apropierea emoțională și stabilitatea în relații depind în întregime de sentimentul stabilității propriiei identități (sau a imaginii de sine). Dacă există tulburări ale imaginii de sine, în perioada copilăriei sau adolescenței (Bios, 1962), apropierea emoțională în cadrul relațiilor din viața adultă poate determina anxietatea de fuziune a sinelui cu obiectul. Aceasta este adesea diminuată prin crearea unei *distanțe*, adică o îndepărtare fizică sau emoțională de obiectul iubit sau prin căutarea unui motiv de ceartă (*ostilitatea* ca apărare). Akhtar (1992 a) a diferențiat „lanțurile invizibile, orbitele și zidurile invizibile”, ca patternuri de distanțare distincte ce se regăsesc la diferiți indivizi. Weiss (1987) a constatat că la bărbații căsătoriți ce aveau „nevoie” de o relație extraconjugală, acestea erau patternuri destinate să îi apere de anxietatea cronică legată de fuziunea sinelui cu obiectul. Goldberger (1988) a identificat același tip de dinamici și la femeile cu „nevoia” presantă de a trăi simultan două relații de iubire.

Warm – ETHICS este utilizat în corelație cu evaluarea altor aspecte privind relațiile de obiect. Terapeuții relațiilor interpersonale au ajuns de-a lungul timpului la concluzia că există trei niveluri principale de funcționare interpersonală. Nivelul de bază este cel „narcisic” (sau mai bine spus, autist). La acest nivel primitiv, individul nu îi vede pe ceilalți ca fiind separați de el, ci percepe distorsionat reacțiile acestora, în funcție de propriile fantasme și dorințe. Acești indivizi „narcisici” au speranțe nerealiste privind mediul, care este în mod constant greșit înțeles, datorită unei slabe capacități de testare a realității și de judecată. O femeie cu o astfel de funcționare de tip autist a fost descrisă de Hellen Reddy (1973), în cântecul „Delta Dawn” 6.

Un nivel ceva mai bun de funcționare interpersonală este descris ca fiind bazat pe „satisfacerea unei nevoi”.

Indivizii funcționând astfel (uneori descriși deopotrivă ca „narcisici”) manifestă în general insensibilitate și cruzime față de cei cu care au o relație. Ei se folosesc de aceștia în scopuri sexuale, financiare sau pentru a avansa, fără a fi însă interesați de o apropiere emoțională sau de sentimentele și modul de funcționare al partenerului.

În ultimul rând, nivelul interpersonal de funcționare cel mai sănătos implică „empatia mutuală”. Indivizii aflați la acest nivel se adaptează emoțional unul la celălalt, în special cu privire la dispoziția afectivă, dorințele și sensibilitățile reciproce. Aceștia încearcă să se înțeleagă și să se susțină reciproc. Funcționarea la unul dintre aceste niveluri nu le exclude pe celelalte, care încă operează parțial. Cu cât individul este mai normal, cu atât există un grad mai mare de empatie mutuală.

Din punct de vedere al procesului de dezvoltare, Mahler și colaboratorii săi (1968, 1975) definesc parcurgerea a patru faze ca fundament intra-psihic al relațiilor de obiect. În faza „autistă” (de la naștere la 2 luni), bebelușul nu poate încă distinge percepțiile și urmele mnezice ale experiențelor sinelui în relațiile cu ceilalți („obiectele”). Faza „simbiotică” (între 3 și 6 luni) pregătește faza de „separare-individuare” (7 – 36 de luni), în care dorința de contopire sau fuziune cu obiectul alternează cu anxietatea datorată dorințelor de fuziune cu acesta. Atunci când apare anxietatea privind nediferențierea imaginii sinelui de cea a obiectului, sunt instituite manevrele de *distanțare* defensivă, însă, dacă distanțarea devine prea mare, aceasta dă naștere unor sentimente intense de singurătate și suferință datorate separării de obiect, ceea ce îl face pe copil să mobilizeze alte mecanisme de apărare pentru restabilirea apropierii emoționale și/sau fuziunii cu obiectul: *plânsul*, *scâncitul* și *comportamentul adeziv față de adult*.

Faza de separare-individuare durează de la aproximativ 7 sau 8 luni până la vârsta de 3 sau 4 ani. Prin parcurgerea celor patru subfaze ale procesului de

separare-individuare, copilul începe, în mod normal, să dezvolte o imagine stabilă și consistentă atât cu privire la propriul sine, cât și la obiecte (constanța obiectului și a imaginii de sine). După vârsta de trei ani, copiii cu o dezvoltare normală pot fi separați de mamele lor pentru perioade mai lungi, fără ca acest lucru să le producă anxietate de separare puternică. Înaintea acestei vârste, nu se cunoaște exact de cât timp este nevoie ca figura maternă să petreacă în interacțiunea cu copilul, pentru ca acesta să poată achiziționa constanța obiectului și a imaginii de sine (McDevitt, 1976) 7. Cel mult se poate spune că riscul apariției unor dificultăți este în creștere, pe măsură ce procesul complex de îngrijire a copilului implică mai multe separări ale acestuia de figurile materne importante; părinții ar trebui să aibă în vedere subfazele parcurse de către copil la un anumit moment și, pe cât posibil, să se adapteze la nevoile acestuia.

Părinții știu de asemenea, așa cum afirmă Erikson (1950, 1968) și Bios (1962), faptul că aceste conflicte legate de separare, integritatea propriului corp și identitate persistă în timp și în mod normal necesită o nouă rezolvare în perioada adolescenței, proces ce se încheie de regulă la vârsta majoratului.

Relațiile de obiect și apărările caracteriale în tulburările de personalitate

La adulți, unele tulburări de personalitate pot fi determinate de conflictele legate de separare-individuare (Marcus, 1971; Hamilton, 1990). Pentru înțelegerea acestui tip particular de conflicte este în primul rând necesară o înțelegere a dinamicilor de separare-individuare nerezolvate, specifice copilăriei timpurii, și modul în care acestea sunt reactivate la adolescență. În al doilea rând, trebuie integrate aspectele personalității descrise de teoria structurală: conflictele datorate dorințelor pulsionale, afectelor și apărărilor ce stau la baza tulburărilor de personalitate se combină cu problemele de separare-individuare (Pine, 1990).

Unele tulburări de personalitate implică vinovăție datorată separării, iar *reunirea*, ca fuziune a sinelui cu obiectul, este o măsură defensivă. Acest pattern apare la indivizii care în viața adultă încă le permit părinților intruzivi să îi controleze, pentru a se elibera de vinovăția că îi pot răni dacă sunt prea „separați” de aceștia. În comedia *Best Friends* (Jewison, 1982), Burt Reynolds și Goldie Hawn interpretează cu umor două personaje cu astfel de probleme. Mai mult, unele tipuri de *distanțare emoțională* apar ca modalitate de apărare împotriva anxietății de fuziune a sinelui cu obiectul - distanțarea fiind simultan și o pedeapsă destinată să îl elibereze pe individ de sentimentele de vinovăție. Toate aceste aspecte stau la baza formațiunilor de compromis ce se exprimă ca trăsături de caracter patologice.

Pentru a ilustra cele menționate, haideți să facem o scurtă trecere în revistă a problemelor caracteriale cel mai des întâlnite.

În primul rând, există „floarea de colț8”, tipul de femeie ce suferă de *inhibiții sociale*. De regulă ne gândim că aceasta utilizează ca mecanisme de apărare *evitarea* și *inhibiția vorbirii*. Însă, datorită dinamicilor de separare-individuare este posibil ca ea să se comporte totodată ca un „satelit” (vezi în continuare), utilizând defensiv *distanțarea* pentru a evita apropierea emoțională în relațiile cu semenii.

O altă tipologie o constituie individul ce „intimidează prin agresivitate” (Knight/1942). De regulă, ne gândim la acesta în termeni de pulsuni agresive și utilizarea în scopuri defensive a *identificării proiective*: agresorul încearcă să suscite în ceilalți teama, pentru a se elibera de propriile temeri. Însă, la nivel inconștient, comportamentul său poate fi motivat și de dorința intensă de responsivitate emoțională din partea acestora, dublată de convingerea că acest lucru nu poate fi obținut, astfel că el ajunge să le producă teamă, suferință și neajutorare; astfel, se eliberează de propriul sentiment de dezintegrare a sinelui

și de sentimentele depresive produse de separare, trezind în celălalt emoții identice cu ale sale (intimidare, ură intensă, teamă).

„Casper Milquetoast” este un bărbat temător și retras, căruia îi este frică până și de propria umbră, ce folosește *pasivitatea* și *ascetismul* (replierea emoțională), pentru a se apăra de vinovăția trezită de propria agresivitate. Cu toate acestea, s-ar putea ca el să *evite* totodată orice contact cu obiectul datorită anxietății de fuziune a Sinelui cu obiectul.

„Don Juan-ul” (Ferenczi, 1922; Alexander, 1930) este veșnicul seducător. De regulă îl vom descrie pe acesta în termeni de pulsuni sexuale, și probabil unele deficiențe în funcționarea Supraeului. Nu este însă exclus ca el să fie o „cometă” (vezi mai jos), căutând cu fervoare plăcerea unei apropieri intense, *sexualizate*, după care este nevoit să evadeze din relație ca apărare împotriva afectului depresiv (sentimentul de gol) datorat fuziunii sinelui cu obiectul (Wolf, 1994).

„Vânătoarea de comori” 9 (Bergmann, 1995) este tipul de femeie interesată de avantajele financiare oferite de o relație. Despre ea credem că este narcisică și urmărește satisfacerea unei pulsuni orale (dorința de a obține bani). Nu se simte vinovată să își atingă scopul folosind sexualitatea (*sexualizarea* ca apărare), întrucât funcționarea Supraeului este *deficitară*. Lucrurile devin și mai complicate dacă *evită* defensiv căldura și apropierea emoțională (cu nepăsare), urmărind în schimb obținerea gratificării orale (*regresie libidinală orală*). Pentru a se apăra împotriva anxietății de difuzie a identității, ea își oferă sexualitatea ca modalitate de *evitare* a apropierei emoționale¹⁰.

Femeia „tiranică” – agresivă și ostilă – ne face de regulă să emitem ipoteze referitoare la pulsuni, în special cu privire la descărcarea agresivității. Trebuie însă luat în considerare și faptul că aceasta se poate apăra împotriva unei severe anxietăți de separare. *Ostilitatea* o împiedică

să se apropie emoțional, însă exprimarea acesteia la nivel verbal o ajută să-i controleze și să-i înlănțuie pe ceilalți. Deși soțul va face tot posibilul să o evite, probabil mergând la pescuit sau la o bere cu prietenii înainte de a se întoarce acasă „la soția respingătoare și iute la mânie”, ea nu se va despărți de el.

„Tocilarul” ce se izolează social suferă de o *inhibiție* defensivă a capacității de adaptare, conflicte legate de exprimarea agresivității și deficiențe ale abilităților sociale (ca funcții ale Eului). Este posibil ca acest individ să aibă o slabă capacitate de abstractizare, înțelegere a situațiilor sau de funcționare socială. Cu toate acestea, comportamentul antisocial poate fi și o apărare împotriva dizolvării imaginii de sine prin conformarea la normele unui grup.

„Farsorii” au fost descriși de Arlow (1971) ca având un „perversiune a caracterului”. Cel mai adesea bărbați, aceștia suferă de o intensă angoasă de castrare, de care se apără trezind în ceilalți contrariere și teamă. Farsa este totodată și expresia agresivității ostile resimțită față de aceștia. Cu toate acestea, prin suscitarea anxietății legate de siguranța mediului (Winnicott, 1969), farsorul poate crea în celălalt (prin *identificare proiectivă* sau *inducere*) instabilitatea pe care o simte în propria stare de bine (Sandler, 1990).

În completare, mai există tipul de „bărbat neîmblânzit” sau „femeie neîmblânzită”, „independenți”. Ne gândim de obicei că aceștia prezintă deficiențe la nivelul controlului pulsional, al judecării și funcției reglatorii. Însă ei pot deopotrivă să funcționeze precum „cometele” (vezi în continuare), ce caută cu înfrigurare intensitatea momentului, dar totodată își mențin defensiv libertatea individuală. Opera *Carmen* portretizează o astfel de femeie având obsesia libertății (Blackman, 2000; vezi Anexa 5).

Diferitele manuale diagnostice ale Asociației Americane de Psihiatrie au drept scop descrierea

tulburărilor de personalitate, fără însă a face referire la determinismul cauzal al acestora. Cu toate acestea, cauzele pot fi explicate pe baza teoriilor psihanalitice:

Personalitatea dependentă este rezultatul unei fixații orale și a *regresiei libidinale* la acest stadiu.

Personalitatea pasiv-agresivă are la bază utilizarea mecanismelor de apărare cu același nume.

Tulburările de personalitate de tip borderline și narcisice, ce determină problemele de relaționare, au drept cauză dificultăți privind *distanțarea* și apropierea emoțională, datorate unei slabe diferențieri a sinelui de obiect.

Pentru personalitatea de tip schizoid, diagnosticul se bazează pe mecanismul *distanțării* defensive rigide în relațiile emoționale apropiate (*ascetismul*).

Personalitățile évitante ocolesc în mod defensiv situațiile care le tulbură emoțional (*conflictuale*).

Personalitatea histrionică folosește afectivitatea în scop defensiv.

În examinarea cauzalității acestor tulburări de personalitate, teoriile bazate pe conflictul intra-psihic susțin că acestea sunt rezultatul mobilizării apărărilor datorită conflictelor produse de vinovăție, pulsionile orale, anale, sexuale și agresive. Teoreticienii relațiilor de obiect pun accentul pe diferitele tipuri de apărări și dorințe privind apropierea emoțională, distanțarea, stabilitatea și căldura umană.

Akhtar (1992 a) a oferit conceptul util al „distanței optime”. Pentru înțelegerea utilității clinice a acestui concept, teoria relațiilor de obiect face referire la distanțarea defensivă mai mare decât cea optimă, întâlnită în anumite patologii ale adulților. Conflictele legate de apropierea emoțională nu sunt considerate patologice la copiii de 2 ani, în timpul fazei reapropierii emoționale; aceștia fac eforturi pentru a forma imagini distincte și stabile cu privire la propriul sine și la obiect. Cum patologice nu sunt nici dificultățile de apropiere

emoțională specifică vârstei de 13 ani, datorate reactivării subfazei de reapropiere emoțională; acum are loc constituirea identității. Însă, pentru unii adulți, apropierea umană nu reprezintă o sursă de gratificare pe care să dorească să o obțină în mod repetat, în baza principiului plăcerii (Schur, 1966), ci le generează o anxietate severă, de care se apără prin mobilizarea mecanismelor de distanțare.

Pentru o înțelegere adecvată a problemelor privind relațiile de obiect, este necesară reformularea făcută de C. Brenner (1982 b) asupra conceptului de formațiune de compromis. Brenner dezvoltă ideea lui Waelder (1936) că orice proces psihic sau simptom are o „funcție multiplă”: principiul cauzalității multiple. Aceasta înseamnă că diferitele urme mnezice, o mare parte dintre conflictele datorate Supraeului și cele datorate pulsionilor, precum și o serie de apărări sunt implicate în formarea oricărui simptom sau idei.

În vederea integrării teoriei relațiilor de obiect cu cea privind mecanismele de apărare, luați în considerare următoarele aspecte: *în psihopatologia adulților, formațiunile de compromis pot satisface atât nevoia de apropiere emoțională, cât și pe cea de distanțare optimă, luând forme diferite și conflictuale unele cu celelalte.* Altfel spus, unii indivizi păstrează distanța în relații, deși tânjesc după apropierea emoțională. Modul în care ei stabilesc relațiile interpersonale ține seama atât de dorința lor de apropiere, cât și de apărările mobilizate împotriva acesteia. Prin urmare, conceptele de apărare și formațiune de compromis au o importanță decisivă pentru înțelegerea problemelor legate de relațiile de obiect.

Unii pacienți aflați în terapie se plâng de faptul că se simt deprimați și singuri. Un terapeut „suportiv” (vezi capitolul 7) va întreba: „De ce nu vă implicați în activități astfel încât să întâlniți alte persoane?” Pacientul va răspunde: „Nu pot face asta. Mă îngrijorează faptul că cineva ar putea ajunge să mă cunoască”. Terapeutul se

opune: „Dacă ceilalți nu ajung să vă cunoască, vă veți simți în continuare singur”. Pacientul aprobă melancolic: „Da. Din cauza asta sunt deprimat”.

Atunci când pacienții vă solicită medicație antidepresivă, iar dumneavoastră o prescrieți, le oferiți (simbolic) un pic de afecțiune: aceștia o asimilează prin intermediul medicamentului. Totodată, vor dori probabil să vă revadă abia peste trei săptămâni – pentru a nu se apropia prea mult de dumneavoastră. Astfel de pacienți trăiesc simbolic apropierea emoțională atunci când își iau medicamentul, dar totodată mențin distanța față de dumneavoastră, prin frecvența redusă a ședințelor. Aceasta este o formațiune de compromis des întâlnită la pacienții ce se plâng de depresie, dar în același timp prezintă în stadiul adult conflicte legate de separare-individuare.

Printre alte formațiuni de compromis cu caracter patologic ce pot continua să existe și în viața adultă (Kramer, 1979) se numără „lanțurile invizibile¹¹”, „orbitele”, „barierele invizibile” (Akhtar, 1992 a), „sateliții”, „cometele” și „Iepurașii fugari¹²” (Blackman, 2001).

Indivizii ce își construiesc „lanțuri” psihice, în relația cu terapeutul sau cu ceilalți, păstrează o distanță defensivă, fără a renunța însă la legătura emoțională cu acesta. Kramer (1992) descrie cazul unui băiat aflat în perioada de latență, care înaintea fiecărei vacanțe terapeutice își construia un lanț. El i-a spus terapeutei: „Am să folosesc lanțul magic. Când voi trage de el, tu mă vei auzi și ca prin farmec vei veni la mine. Dar dacă nu trag de el, înseamnă că nu am nevoie de tine”.

O parte dintre adulții tratați de Akhtar foloseau cuvântul „lanț” pentru a explica modul în care relaționau cu persoanele semnificative (1992 a). Atunci când ei se apropiau emoțional prea mult de cineva, reacționau ca și cum imaginea lor de sine era pe cale să se dezintegreze. Atunci recurgeau la o distanțare defensivă, fie *evitând*

contactul cu acesta, fie căutând motive de ceartă, sau manifestând răceală emoțională. „Pescuitul de informații” descrie adecvat o variantă a acestui comportament deopotrivă évitant și limitat printr-un astfel de lanț invizibil.

A doua formațiune reacțională descrisă de Akhtar o constituie „barierele invizibile” pe care indivizii le pot ridica pentru a stabili și menține o *distanță defensivă*. Probabil veți observa că tocmai când sunteți pe punctul de a afla unele informații intime și detaliate, astfel de indivizi vă vor spune pe neașteptate ceva de genul: „Nu pot vorbi despre asta; mi-am ridicat un zid dincolo de care nu o să puteți treceniciodată”.

Odată, după ce îi spusese unei paciente că realizam că ceva o supăraseră, aceasta a venit la ședința următoare mânioasă și a afirmat: „Nu vreau să vă mai vorbesc vreodată. Sunt ca un porc spinos, iar când mă simt astfel, dacă vă apropiați prea mult de mine o să vă înțep13”.

În ciuda simbolismului falie destul de evident prezent în asocierile pacientei („penisul” care produce durere), în acest caz folosirea unor imagini pseudofalice reprezenta un mod de a institui o *distanță defensivă*. Ea era anxioasă în legătură cu apropierea emoțională datorată responsivității mele empatică. Din acest exemplu mai putem învăța încă ceva: *sexualizarea* poate fi folosită ca apărare împotriva anxietății datorate problemelor privind constanța reprezentărilor sinelui și obiectului.

În al treilea rând, Akhtar menționează termenul de „orbite” propus de Volkan, atunci când explică distanța optimă „... aceasta poate fi descrisă cel mai bine ca o poziție psihică ce permite intimitatea fără pierderea autonomiei și separarea fără sentimentul dureros al singurătății” (Akhtar, 1992 a, p. 30). „Starea de satelit” (Volkan & Corney, 1968) de care vorbește Akhtar se referă la „acei indivizi captivi, ce orbitează într-un câmp gravitațional creat de o dependență pe cât de intensă, pe atât de ambivalență. Încercările de distanțare ale acestora,

de tipul călătoriilor, joggingului, impunerii propriilor opinii, au rol de reasigurări ce îi protejează de angoasa de fuziune [sine - obiect], în timp ce lanțurile imaginare le furnizează posibilitatea menținerii unui «contact de la distanță» (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, p. 67) cu analistul care rămâne disponibil...” (Akhtar, 1992, p. 39). Cu alte cuvinte, unii indivizi formează relații de tip satelit atât pentru a se apăra împotriva apropierii de obiectul iubit, cât și pentru a păstra o legătură cu acesta.

Escoll (1992) relatează o fantasmă privind orbitarea (de fapt o formațiune de compromis), din terapia unui alt copil: a fi pasagerul unei nave spațiale aflată la o distanță considerabilă față de Pământ și baza mamă, cu care păstrează legătura, gravitând pe orbită. Adulții care dezvoltă astfel de formațiuni de compromis tind să dorească să aibă undeva o „bază mamă” la care să se întoarcă, foarte asemănător jocurilor copiilor din perioada de latență, în care se urmărește atacarea adversarului pentru a putea ajunge „acasă”. În jocul „îmi pare rău”, jucătorul poate ajunge „Acasă” după ce l-a trimis pe un altul înapoi la poziția „Start”. Dacă jucătorul de „îmi pare rău” este norocos, după o serie de urcușuri și coborâșuri va reuși să termine jocul în poziția „Acasă” înaintea celorlalți adversari (frați?). În baseball, obiectivul jucătorului este de a ieși în ofensivă pentru a marca (a părăsi baza), după care să revină cât mai repede posibil în apărare („alergatul către bază” este cel mai rapid).

Afectarea proceselor secundare datorită apărărilor mobilizate pentru reducerea anxietății de separare (însoțită de teama pierderii imaginii obiectului) era evidentă la un pacient pe care l-am tratat. Acesta avea nevoie ca înaintea oricărei călătorii de afaceri să conducă de la birou până acasă doar pentru a se asigura că nu îi luase foc casa. La întoarcerea din călătorie, primul lucru pe care îl făcea era să meargă cu mașina să își revadă casa. Această dorință de a revedea casa avea rolul de a recrea imaginea mentală a acesteia, în prezența obiectului.

Astfel de patternuri îl eliberau de anxietatea legată de inconstanța obiectului (Blum, 1981).

Din punct de vedere tehnic, Kramer și Akhtar recomandă o atitudine prudentă a terapeutului față de pacienții care afirmă la începutul terapiei că doresc „încheierea” acesteia în decurs de doi ani sau chiar în șase sedințe. Fixarea unei astfel de limite reprezintă adesea un mod de evadare – o apărare împotriva anxietății trezite de o apropiere mai mare decât individul poate tolera.

Alți pacienți refuză să se întindă pe canapea (în psihanaliză), pentru a se apăra de anxietatea trăită atunci când nu îl văd pe terapeut, datorată problemelor privind constanța obiectului.

Întinderea pacientului pe canapea tinde să-i faciliteze producerea fantasmelor cu privire la analist. Unor astfel de pacienți, faptul că nu îl au pe terapeut în câmpul vizual dă naștere fantasmei că acesta „nu este de fapt acolo” emoțional. Pacienții cu personalitate de tip borderline pot chiar regresa profund – la stări psihotice tranzitorii – atunci când sunt întinși pe canapea. Este de regulă indicat ca aceștia să stea față în față cu terapeutul, astfel încât să poată menține o imagine mai integrată a terapeutului și a propriei persoane¹⁴.

Am descris „sateliții” și „cometele” în capitolul 3 (apărarea 46). Sateliții sunt indivizi ce mențin o distanță emoțională relativ fixă în raport cu celălalt. Ei orbitează în jurul acestuia fără a se apropia prea mult și fără a ieși de pe orbită. Când apare pericolul de a pierde „planeta mamă” (anxietatea de separare) sau de a se apropia prea mult de aceasta (anxietatea de fuziune a Sinelui cu obiectul sau de anihilare), acești indivizi instituie diferite operații defensive, printre care evitarea oricărui contact (de exemplu, se refugiază în șopron) sau navigarea obsesivă pe internet.

Cometele se „încălzesc” emoțional pentru scurt timp și pot trăi plăcerea produsă de relațiile emoționale apropiate. Cu toate acestea, după un timp vor dezvolta

anxietatea de fuziune a sinelui cu obiectul (sau afecte depresive, cum se întâmplă în căsătoriile în care unul dintre soți simte că și-a pierdut unele aspecte ce țin de identitate) ceea ce va duce la mobilizarea apărărilor (cum ar fi o vacanță singur sau pierderea interesului pentru activitățile sexuale).

„Iepurașul fugar” este un termen preluat din remarcabila poveste pentru copii scrisă de Margaret Wise Brown (1942). Într-o recenzie recentă, cartea este descrisă astfel:

Iepurașul fugar începe cu un iepuraș ce decide să fugă de acasă.

„Dacă o să fugi”, îi spune mama sa, atunci „Voi fugi după tine, pentru că tu ești iepurașul meu”. Astfel începe jocul unei urmăriri imaginare încântătoare. Indiferent ce formă ia iepurașul – un peștișor într-un râu, o plantă de șofran într-o grădină secretă sau o stâncă pe un munte – mama sa loială, adoratoare și protectoare reușește să-l găsească și să-l readucă acasă... (Everything Preschool, 2002)

În viața adultă, indivizii ce funcționează după modelul „iepurașului fugar” sunt, din nefericire, destul de tulburați. Aceștia fug în permanență emoțional de cei care le poartă afecțiune și îi determină pe aceștia să urmărească „iepurașul fugar” pentru a fi (o) prinde. Fuga din relații este o apărare împotriva anxietății de fuziune a sinelui cu obiectul, în timp ce reunirea cu acesta îi apără de anxietatea de separare (afectul neplăcut și gândul că imaginea obiectului se va dezintegra). Patternul de a fugi și a fi reprimit acasă este adesea întâlnit la indivizii alcoolici și la bărbații afemeiați.

În concluzie, problemele caracteriale pot fi conceptualizate sub formă de constelații defensive specifice ce sunt mobilizate pentru a-l apăra pe individ atât de conflictele structurale, cât și de cele legate de separare-individuare (Dorpat, 1976). Ambele categorii de conflicte pot sta la baza formațiunilor de compromis întâlnite în

patologiile caracteriale.

Apărările și complexele de simptome

Și în cazul complexelor de simptome, diagnosticul depinde în principal de evaluarea mijloacelor de apărare primare utilizate de către individ. Tabelul 1 și discuția ce va urma descriu constelațiile defensive tipice ce se regăsesc în diferite sindroame.

În examinarea acestor grupuri de apărări simptomatice, aveți în vedere în primul rând faptul că orice constelație defensivă poate fi practic întâlnită la toate categoriile de indivizi, de la cei relativ normali la cei cu tulburări psihotice. După cum am văzut, distincția dintre funcționarea psihotică și cea nepsihotică are la bază în principal evaluarea funcțiilor autonome ale Eului, forța acestuia și gradul de dezvoltare al relațiilor de obiect. O dată făcută această precizare, putem afirma că anumite constelații defensive se regăsesc în sindroame specifice. Modul particular în care apărările se grupează joacă de fapt un rol important în definirea problemelor psihice (psihopatologie).

Simptomele „nevrotice” sunt în principal determinate de apărările inconștiente mobilizate împotriva afectelor produse de conflictele psihice.

Sindroamele anxioase (alternative ale „isteriei”)

În tulburările de panică fobice vom regăsi *simbolizarea, condensarea, deplasarea, proiecția, provocarea masochistă, un afect versus alt afect, transferul și evitarea.*

În urmă cu câțiva ani, am participat împreună cu câțiva colegi la un simpozion având ca temă tulburările fobice. În introducerea făcută prezentării mele psihanalitice, Dr. P, medic psihiatru generalist și moderator, a prezentat cazul unei paciente, Donna, o tânără căsătorită cu o fobie față de telefoane. Aceasta nu putea atinge un telefon și nu intra în camerele în care exista unul. Medicul a relatat că lucrase cu pacienta în ritm de o ședință, o dată la două săptămâni, și că îi

recomandase exerciții de desensibilizare, combinate cu medicația antidepresivă. Aceste tehnici sunt încă frecvent folosite pentru tratarea fobiilor.

TABELUL 1. CONSTELAȚIILE DEFENSIVE

Constelații defensive specifice nevrozelor (DSM III-R: 301.8) Generale – întâlnite în toate tipurile de nevroze

- 19. deplasarea 27. regresia libidinală
- 20. simbolizarea 32. identificarea cu o fantasmă
- 21. condensarea 79. transferul
- 25. refularea

Constelații defensive specifice adăugate

Tipul obsesional (ICD 9 CM 300.3, DSM-IV 300.4)

11. formațiunea reacțională, 17. compartimentarea gândirii perfecționismul, hiperpunctualitatea 42. raționalizarea

12. anularea retroactivă 43. ruminarea mentală și ritualurile

13. izolarea 45. intelectualizarea

14. externalizarea

Tipul depresiv (ICD 9 CM 300.4, DSM-IV 311. O)

15. Întoarcerea asupra 62. pasivitatea propriei persoane

37. identificarea cu obiectul pierdut 53. disidentificarea

38. identificarea cu introiectul 11. formațiunea reacțională

Tipul masochist (ICD 9 CM 302.8)

35. identificarea cu agresorul 62. pasivitatea

36. identificarea cu victima 64. transformarea pasivității în activitate

39. seducerea agresorului 95. identificarea cu obiectul lezat

41. provocarea 100. franchețea

83. intimidarea celorlalți

101 apărări Utilizarea apărărilor în diagnosticarea psihopatologiei

Anxietatea (de tip isteric) (ICD 9 CM 300.1) Sub tipul

histrionic (DSM-IV 301.5)

46. socializarea 67. dramatizarea

22. formațiunea „iluzorie” 68. impulsivitatea

39. seducerea agresorului 76. exagerarea

64. transformarea pasivității în 77. generalizarea activitate

32. identificarea cu propria fantasmă 92. hiperestetismul

47. investirea pulsională: în special 93. locvacitatea erotizare

Subtipul inhibițiilor (DSM-IV 300.11)

59. reticența 48. inhibiția funcției Eului investită erotic: conversia

62. pasivitatea 49. idealizarea

65. somatizarea 56. alegerea de obiect unisexuală

73. altruismul patologic 91. imprecizia

Subtipul fobie (ICD 9 CM 300.2, DSM-IV 300.21)

1. proiecția 62. pasivitatea

61. evitarea 57. Înlocuirea unui afect cu altul

44. comportamentul contrafobic („panica”)

Constelații defensive specifice tulburărilor borderline (toate apărările caracteristice nevrozelor, la care se adaugă) Constelații generale pentru majoritatea tulburărilor borderline (DSM-IV 301.83)

28. regresia Eului 30. regresia topică

Constelații defensive specifice adăugate Tipul paranoid (DSM-IV 301. O)

2. introiecția 65. somatizarea

1. proiecția 14. externalizarea

3. identificarea proiectivă 16. negativismul

4. Învinovățirea proiectivă 18. agresivitatea ostilă

5. negarea prin act 74. inducerea

8. clivajul 76. exagerarea

97. hipervigilența

Tipul narcisic (DSM-IV 301.81)

34. identificarea cu o imagine 63. grandiozitatea/omnipotența sau un obiect idealizat

- 49. idealizarea 60. logoreea
- 50. devalorizarea 67. dramatizarea
- 52. concretizarea 46. socializarea
- 53. disidentificarea 89. inautenticitatea
- 100. franchețea
- Tipul schizoid (DSM-IV 301.2)
- 55. ascetismul 61. evitarea
- 59. reticența 62. pasivitatea
- 40. sublimarea 72. pseudoindenpendența
- (nu se referă la persoane)
- Caracterele impulsive (DSM-IV 312.39)
- 57. Înlocuirea unui afect prin altul 70.
- comportamentul adeziv
- 64. transformarea pasivității 71. lamentarea în
- activitate
- 68. impulsivitatea 35. identificarea cu agresorul
- 69. abuzul de substanțe
- Tipul antisocial (psihopat) (DSM-IV 301.7)
- 5. Învinovățirea proiectivă 42. raționalizarea
- 10. deanimarea 46. socializarea
- 16. negativismul 33. identificarea cu fantasmei
- parentale conștiente sau îi conștiente
- 23. comportamentul evaziv
- 35. identificarea cu agresorul 76. exagerarea
- Constelații defensive specifice psihozelor (DSM-IV
- 298.9) (toate cele de mai sus, la care se adaugă)
- 6. negarea: per se prin cuvânt, 55. ascetismul prin
- act, prin fantasmă
- 7. dediferențierea 58. hiperabstractizarea
- 8. clivajul 78. reconstrucția realității
- 9. animismul 80. disocierea
- 10. deanimarea 94. violența fizică
- 3. halucinația

După un an de tratamente non-dinamice, Donna a avut o „uimitoare” revelație. Ea se gândise la o posibilă legătură existentă între fobia față de telefon și problemele din relația de cuplu. Și-a amintit astfel că fobia apăruse la

scurt timp după ce un fost iubit îi telefonase pentru a o invita în oraș. Pacienta refuzase invitația, însă rămăsese ca acesta să o mai sune. Deși luase în considerare posibilitatea de a-l contacta, ea nu a făcut acest lucru niciodată.

Donna i-a mărturisit dr. P că probabil evita telefoanele pentru că se simțea „foarte tentată” să cedeze dorinței intense de a-l revedea pe fostul iubit (adică dorința sa îi trezea prea multă vinovăție, interes și o mare anxietate). După ce pacienta a realizat acest lucru, fobia sa a dispărut. Donna a renunțat la medicația antidepresivă, iar ulterior a încetat să mai vină la ședințele cu dr. P, fiind aparent vindecată de fobie.

Un aspect important în stabilirea diagnosticului diferențial și a tratamentului se referă la faptul că *regresia orală* ca apărare nevrotică reprezintă totodată și o formațiune de compromis (vezi capitolul 1). Aceasta înseamnă că, deși *regresia orală* are rolul de a ține la distanță anxietatea produsă de conflictele dintre dorințele sexuale sau ostile și vinovăția datorată acestora, prin simbolismul regresiv sunt exprimate simultan elemente ale acestor conflicte. Pacienții pot de asemenea să aleagă acele situații care, pe lângă gratificarea dorințelor, să constituie și o formă de pedeapsă inconștientă, în vederea diminuării vinovăției asociate acestora.

De exemplu, prin fobia sa față de telefoane, Donna *evita simbolic* realizarea propriilor dorințelor sexuale cu privire la fostul iubit, protejându-se astfel de vinovăție. Simultan, ea se simțea mai puțin vinovată să-și gratifice oral aceste dorințe în relația cu terapeutul, care o asculta cu atenție și îi „oferea” medicația orală. Mai mult, pe lângă faptul că relația terapeutică accentuează regresia (orală) în scop defensiv, aceasta îi furniza pacientei și o gratificare sexuală simbolică. Fără îndoială că Donna se simțea vinovată pentru aceste gratificări orale simbolice. Mai mult, vinovăția sa a fost probabil amplificată datorită exercițiilor de desensibilizare, pentru că la nivel *simbolic* a

putea vorbi la telefon echivala cu stabilirea unei întâlniri sexuale cu fostul iubit și trădarea furioasă a soțului.

Pe măsură ce conflictele pacientei s-au amplificat (vinovăție datorată dorințelor sexuale față de fostul iubit, a celor ostil-agresive față de soț și a gratificărilor simbolice primite de la dr. P), probabil că intensificarea anxietății a dus la o ameliorare a funcțiilor de integrare și observare ale Eului. Ea a dobândit suficientă înțelegere pentru a putea să își interpreteze fobia. Mai mult, datorită faptului că această înțelegere constituia în sine o formațiune de compromis (C. Brenner, 1982 a), pacienta a început să *evite* defensiv continuarea tratamentului. La nivel *simbolic*, prin *deplasare*, dr. P. Îi gratificase pacientei dorința pentru un contact sexual extramarital destinat să-l rănească pe soț și îi amplificase vinovăția. Prin urmare, dr. P a devenit obiectul fobie, *evitat* de către pacientă.

La sindromul anxios se pot adăuga simptomele de conversie, însoțite uneori și de atitudini măgulitoare/seductive („histrionice” – de fapt, o *seducere a agresorului*).

Doamna GN, în vârstă de 37 de ani, căsătorită cu un medic de familie, suferea de fobie legată de călătoria cu avionul, atacuri de panică în apropierea aeroporturilor și nu putea obține plăcerea sexuală. Pacienta nu se excita sexual.

În urma analizării disfuncției sale sexuale (ca simptom de conversie), a reieșit că aceasta era cauzată de un conflict: lipsa excitării sexuale era o apărare împotriva conștientizării mâniei resimțite față de soț pentru că acesta era „mai atent cu pacienții decât era cu mine și copiii”. El nici măcar nu asistase la nașterea copiilor, pentru că nu dorise să își schimbe programul. Simultan, inhibiția sexuală a doamnei GN era un mod de respingere ostilă a soțului și o pedeapsă pentru această ostilitate (lipsa plăcerii sexuale). Acest conflict rămânea inconștient prin *refularea* ideilor însoțită de *identificarea cu agresorul* (soțul).

Depresiile

Acestea pot fi considerate ca implicând un afect depresiv și constelațiile defensive tipice mobilizate împotriva acestuia. Severitatea bolii depresive se stabilește în funcție de gradul de afectare al funcțiilor Eului (mai gravă = „depresie psihotică” sau „depresie majoră cu simptome psihotice”), gradul de limitare al forței Eului (afectul depresiv reduce progresiv toleranța la afect, ceea ce poate determina, de exemplu, blocaje de memorie și perturbarea ritmului somn-veghe) și gradul de disfuncționalitate în relațiile de obiect (afectul depresiv se asociază cu retragerea din relațiile cu persoanele iubite [„obiectele”]).

Afectul depresiv poate fi determinat de o varietate de situații. Trebuie reținut că acesta se compune dintr-o senzație neplăcută și un gând că a avut loc ceva îngrozitor și ireparabil. Probabil că cele mai comune dinamici ce stau la baza acestor credințe pesimiste asociate afectului depresiv sunt: (1) incapacitatea de a face doliul datorată *minimalizării* și *reprimării* și (2) *întoarcerea furiei și criticismului asupra propriei persoane*, ca apărare împotriva vinovăției produse de furia intensă (Blatt, 1992).

În cazul doliului nerezolvat, individul își *reprimă* gândurile referitoare la obiectul iubit și pierdut și/sau *izolează* afectele neplăcute datorate pierderii suferite. *Identificarea cu obiectul pierdut* îl determină pe individ să adopte comportamente specifice obiectului (folosește aceleași expresii, povestește întâmplări, devine la fel de critic, aderă la o cauză sau dezvoltă alte comportamente cu o semnificație specială). Dacă au existat sentimente de furie la adresa obiectului pierdut, acestea pot da naștere la vinovăție, ceea ce face ca furia să fie ulterior *întoarsă asupra propriei persoane*. Și în acest caz, rezultatul este tot un afect depresiv.

Cory, un bărbat de 30 de ani suferind de depresie, provenea dintr-o familie cu o patologie gravă, în cadrul căreia fusese supus la abuzuri fizice. Cu toate acestea, el

reuşise să aibă o relație apropiată cu un frate mai mare, Todd, care îl protejase. Acesta îl ajutase și să se inițieze în viața sexuală, „prin a-i împrumuta” o fostă iubită.

Când Cory avea în jur de 22 de ani, Todd a murit într-un accident de motocicletă. Cory mi-a povestit jenat că după înmormântarea fratelui întreținuse relații sexuale cu văduva acestuia. Când am subliniat că prin acest comportament el simțea că este asemenea fratelui și în mod magic îl păstra „viu” pe acesta (interpretarea identificării cu obiectul pierdut ca apărare împotriva doliului), Cory a început să plângă în hohote. După câteva minute, el a spus că după moartea fratelui își „interzisese orice sentimente” (reprimare și izolare a afectului) și că nu făcuse „niciodată doliul” după Todd. A mai adăugat că Sofia acestuia îi amintea întrucâtva de fratele său și că actul sexual fusese o încercare de a păstra legătura cu el (sexualizarea ca apărare împotriva afectului depresiv determinat de pierderea lui Todd).

Chiar dacă cumnata sa consimțise și își dorise actul sexual, Cory resimțea o vinovăție intensă. Am înțeles împreună că a face sex cu soția fratelui decedat reprezentase o deplasare a furiei resimțite față de acesta pentru că murise și îl lăsase singur. Vinovăția lui Cory se datora în parte acestei furii pe care o resimțea ca „o nedreptate făcută lui Todd”, motiv pentru care furia a fost întoarsă asupra propriei persoane, dând naștere la depresie.

O altă cauză comună a ideatăiei depresive o constituie eșecul în îndeplinirea obiectivelor. Acesta se poate datora fie stabilirii unor obiective nerealiste, fie imposibilității realizării unui obiectiv realist datorită mobilizării apărărilor. În ambele cazuri, sentimentul de dezamăgire se asociază cu ideea că eșecul este ireparabil.

Ryan, un student inteligent în vârstă de 18 ani, nu avusese niciodată „dificultăți” în perioada liceului. Ulterior, el a început să frecventeze cursurile unei universități de renume, unde cerințele erau ridicate chiar

și pentru cineva cu aptitudinile sale. A fost nevoit să renunțe la atitudinea grandioasă privind posibilitatea obținerii unor note mari fără a studia. Atunci a început să se simtă deprimat, ceea ce l-a făcut să consume alcool în compania prietenilor și să mintă pentru a seduce tinerele. Când am subliniat că abuzul de alcool și comportamentul nesincer față de femei păreau să-i întărească sentimentul că se putea descurca în orice situație (confruntarea folosirii defensive a alcoolului, a activității sexuale și a grandiozității), Ryan s-a întristat și a spus că nu suporta să se gândească la pierderea tatălui său, survenită când el avea 16 ani; el credea că tatălui i-ar fi fost rușine dacă ar fi văzut că ajunsese un ratat. Era convins că tatăl ar fi așteptat mai mult de la el (identificarea cu idealurile tatălui stătea la baza idealurilor tânărului).

Obiectivul lui Ryan de a face studii universitare, deși părea realist în raport cu abilitățile sale intelectuale, nu putuse fi atins datorită folosirii defensive a *grandiozității*, *activității sexuale* și a *consumului excesiv de alcool*. Eșecul în a se ridica la înălțimea idealurilor sale (bazate pe *identificările* cu tatăl) îl făcea să se simtă deprimat.

Personalitatea de tip borderline

Pacienții cu personalitate de tip borderline prezintă adesea simptome ce au la bază același tip de apărări descrise în exemplele anterioare ca fiind „nevrotice”. Cu toate acestea, diagnosticul de personalitate de tip borderline, pe lângă faptul că ține cont de existența unei slabe forțe a Eului (în special cu privire la controlul pulsional, toleranța la afect și capacitatea de conținere a fantasmei ca proces primar), ia adesea în considerare și prezența unor apărări foarte arhaice. Trebuie reținut că acestea pot fi utilizate și de către indivizii psihotici. Însă la cei din urmă, prin definiție, funcțiile Eului și relațiile de obiect simt mult mai perturbate.

Apărările caracteristice organizării de personalitate de tip borderline includ: *grandiozitatea*, *devalorizarea* (semenilor), *ostilitatea* (cu rol de distanțare), *idealizarea*

primitivă, negarea masivă, proiecția, identificarea proiectivă și clivajul (Kernberg, 1975).

John¹⁵, un avocat¹⁶ homosexual în vârstă de 40 de ani, era deprimat în urma despărțirii recente de partenerul cu care avusese o relație de câteva luni. Din acest motiv, el „a ieșit la agățat” într-o zonă rău famată a orașului, unde a cumpărat ecstasy și s-a împrietenit cu un bărbat fără adăpost. După ce au consumat alcool și ecstasy, cei doi au întreținut, de comun acord, un act sexual anal neprotejat. Ulterior, bărbatul l-a bătut pe John și i-a furat acestuia portofelul și cheile de la mașină. John a fost nevoit să meargă câteva mile până acasă. El nu a telefonat la poliție, pentru a se proteja de potențialele umilințe personale și profesionale.

În ședința din ziua următoare, John a descris bărbatul respectiv ca pe un „nimic fără valoare”. Inițial el părea să nu realizeze pericolele la care se expusese prin consumul de droguri, actul sexual neprotejat și agresiunea fizică suferită.

Înțelegerea acestui incident a necesitat numeroase ședințe. A devenit clar faptul că John negase pericolele reale de a contracta SIDA și de a fi ucis. El adoptase o atitudine grandioasă atunci când a cumpărat ecstasy de pe stradă, fără a se gândi că ar fi putut fi prins și să-și fi pierdut dreptul de practică în avocatură. Îl devaloriza pe acel bărbat considerând că era demn de dispreț. Iar faptul că îl „cumpărase” prin a-i oferi ecstasy îl făcea pe John să considere că „nevoia” îi aparținea acestuia și nu era una personală (proiecție, devalorizare).

La o explorare mai detaliată, a reieșit că John îl ademenise pe bărbat etalând ostentativ la începutul întâlnirii o bancnotă de 50\$ (identificare proiectivă). Ulterior am aflat că probabil bărbatul îl bătuse întrucât John îl lovise peste șezut în timpul sexului anal, fără a-i cere permisiunea. Putem vedea că descărcarea ostilității îl apăra pe John împotriva unor alte afecte, printre care depresia produsă de pierderea partenerului, afectul

depresiv cauzat de separare (legat de pierderea sinelui asociată cu pierderea partenerului-obiect) și anxietatea de fuziune dintre sine și obiect, în acest caz reprezentat de bărbatul fără adăpost. Mai mult, John a provocat masochist pedeapsa pentru a-și diminua vinovăția.

Organizarea borderline a personalității lui John includea elemente narcisice, impulsive, sado-masochiste, autodistructive și paranoide. Însă, datorită faptului că funcția de observare a Eului și cea de integrare erau intacte, iar John era capabil de empatie mutuală în relația cu mine, a fost posibilă interpretarea apărărilor amintite anterior și a formațiunilor de compromis, ceea ce a dus în final la încetarea comportamentelor sale autodistructive.

Psihoza

Deși boala psihotică este de regulă înțeleasă în termenii unor deficiențe ale funcțiilor Eului (în special ale capacității de integrare, abstractizare, a relației cu realitatea și a testării realității - vezi Anexa 1) și a unor perturbări la nivelul relațiilor de obiect (afectarea capacităților descrise ca Warm - ETHICS datorită tendințelor de fuziune a sinelui cu obiectul), totuși pot fi diferențiate și în acest caz anumite apărări specifice.

În următorul exemplu se poate vedea modul în care pacientul folosește *regresia Eului, regresia formală, reconstrucția realității, dediferențierea, deanimarea și disocierea.*

Tim, de 29 de ani, un absolvent ce urma cursuri postuniversitare, nu reușise să își finalizeze încă lucrarea de doctorat în literatura engleză și avea convingerea că acest lucru se datora „depresiei” sale. Această situație dura de opt ani, timp în care a fost susținut financiar de către mama sa, o contabilă de succes. De când își încheiase studiile cu cinci ani în urmă, nu avusese nicio relație, iar în timpul facultății făcuse sex o dată sau de două ori la petreceri ale frăției, însă fără a avea vreo iubită. Comentariile sale despre aceste probleme se refereau la faptul că „femeile sunt interesate doar de

bani” (deanimare). Altfel spus, el avea tendința să considere că problema se datora „femeilor” și nu propriilor dificultăți și inhibiții (reconstrucția unor aspecte dureroase ale realității).

Tim își petrecea mare parte din timp dormind (regresie topică). Alte dăți asculta muzică clasică în garsoniera în care locuia. Petrecea ore întregi imaginând scene în care era la televiziune (dediferențiere), interpretând un rol (disociere) – ca de exemplu să conducă Orchestra Filarmonică din New York, în timp ce o fotografia pe Phyllis Schlafy fiind violată de membri ai partidului democrat sau poza diferite animale (regresie a Eului privind conținerea proceselor primare). Când aceste călătorii imaginare luau sfârșit, îi era dificil să „revină la realitate”.

Trebuie reținut faptul că în oricare dintre sindroamele nevrotice sau borderline, apărările specifice descrise pot coexista cu cele de tip psihotic. Această complicație face ca diagnosticul psihiatric să fie mai dificil de stabilit, comparativ cu cel din alte domenii medicale. Dificultatea este sporită și de faptul că odată ce patternurile defensive patologice au fost identificate, scopul terapeutic constă în modificarea funcționării acestora.

Tratamentul bazat pe principiile psihanalitice implică, în general, două scopuri terapeutice: (1) eliberarea pacientului de simptomele manifeste și (2) ameliorarea celorlalte aspecte ale funcționării psihice: funcțiile Eului, forța Eului și relațiile de obiect. În principal, există două categorii generale de tehnici ce pot fi utilizate în atingerea acestor scopuri: cele interpretative și cele suportive. Ponderea intervențiilor suportive versus cele interpretative depinde de diagnosticul pacientului și de starea mentală a acestuia în timpul fiecărei ședințe. Capitolele următoare tratează problemele pe care le ridică alegerea tipului de terapie adecvat și modul cum pot fi utilizate eficient atât tehnicile suportive, cât și cele

interpretative.

V.

Tehnicile interpretative

Terapiile de orientare psihanalitică (Compton, 1975; Gray, 1994; Blackman, 1994; Dorpat, 2000) necesită în primul rând să înțelegeți modul cum pacientul se apără de trăirea unor experiențe emoționale. În al doilea rând, aceste apărări dezadaptative sunt aduse în atenția pacientului. Cu alte cuvinte, psihoterapia psihodinamică și psihanaliza sunt forme de tratament în cadrul cărora *ceea ce spune terapeutul și când* face parte din tehnica terapeutică. Terapeuții psihanalisti se referă adesea la comunicările făcute pacientului în timpul ședințelor, prin folosirea termenului „intervenții”.

Intervențiile analitice („interpretative”)

Indicațiile terapeutice și stabilirea alianței terapeutice

Indicațiile terapeutice îi pot fi furnizate pacientului începând cu a doua ședință sau atunci când, după încheierea evaluării inițiale, ați decis să începeți să lucrați cu acesta. Unii pacienți se confruntă la începutul tratamentului cu dificultatea de a nu ști cum să se comporte. Pentru aceștia, în special dacă este vorba de o terapie cu o ședință pe săptămână, o descriere succintă a modului în care va decurge terapia poate fi utilă. Ca primă regulă generală, terapeutul îi cere pacientului să vorbească liber, pe cât posibil, despre gândurile și sentimentele pe care le are în legătură cu problema de bază pentru care a cerut o terapie. La aceasta se adaugă mențiunea că pacientul poate relata orice alte gânduri și sentimente cu privire la relațiile importante din viața lui, atât cele trecute, cât și prezente. De asemenea, ar fi de dorit ca acesta să povestească în cadrul ședințelor orice vis sau reverie pe care și le poate aminti. Un aspect important se referă la recomandarea făcută pacientului de a se simți liber să vorbească despre reacțiile sale pozitive și negative în legătură cu ceea ce spune terapeutul în

ședință, sau cu privire la terapie în general. Fantasmеle cu privire la terapeut și orice alte gânduri care îi apar pacientului în timpul ședinței pot fi de asemenea utile în cadrul tratamentului.

Altor pacienți le este mai ușor să înceapă imediat să asocieze și să relaționeze cu terapeutul. Adesea, aceștia nu au nevoie de indicații în acest sens. În terapiile în care frecvența ședințelor este mai mare, de 3 până la 5 ședințe pe săptămână (cum este cazul psihanalizei), indicațiile terapeutului pot fi mai succinte, pe motiv că rezistențele la procesul terapeutic se pot instala mai devreme, iar asocierile libere ca obiectiv urmărit îi permit analistului să observe atât contiguitatea gândirii pacientului, cât și conținuturile sale ideatice.

Noțiunea de alianță între terapeut și pacienți cuprinde două tipuri de concepte. Indicațiile referitoare la „cadrul” terapeutic trebuie expuse, de regulă, încă din a doua ședință și includ următoarele aspecte pe care le poate îmbrăca relația terapeutică:

Alianță de lucru (Greenson, 1965). Aceasta presupune că persoana aflată în terapie trebuie:

să vină la ședințele stabilite de comun acord cu terapeutul;

să plătească pentru acestea suma stabilită dinainte, în forma cerută de terapeut;

să vorbească; și să accepte faptul că vine la terapie din cauza unor probleme specifice, iar rolul terapeutului este acela de a-l ajuta să se înțeleagă mai bine.

Alianță terapeutică (Stone, 1961; Zetzel, 1956). Aceasta presupune că persoana aflată în terapie trebuie:

să dezvolte o empatie mutuală, pe baza interacțiunilor cu terapeutul; și să răspundă adecvat la interpretările inițiale pe care terapeutul le face cu privire la apărările ce pot determina rezistențele la tratament.

Dacă oricare dintre aceste obiective terapeutice nu se realizează, este necesară înțelegerea acestei nerespectări a cadrului – și semnificației sale defensive –

Înainte explicării dinamicilor patologiei pacientului.

Explorarea

Ca terapeuți, le adresați pacienților întrebări, în speranța identificării și interpretării apărărilor acestora. De exemplu, ați putea interveni în următorul fel: „Ați spus că soția a plecat de acasă și că locuiește cu sora sa. Ce s-a întâmplat între dumneavoastră și soție, înainte ca ea să se mute?” Deși o intervenție de acest tip nu ia în considerare *imprecizia* și *reprimarea* individului utilizate ca apărări, prin intermediul acesteia vizați apărările mai patologice folosite de pacient, de pildă, *ostilitatea*, *provocarea pedepsei* și *inducerea*.

Kanzer (1953) recomandă ca terapeutul să le pună pacienților întrebări, uneori cu rolul de a „reconstrui situații prezente” din viața acestora, în special atunci când ei regresează în timpul terapiei. Pe de altă parte, Dorpat (2000) subliniază faptul că o explorare prea activă din partea terapeutului este un comportament asemănător unui Mare Inchizitor, conducând la apariția unor dinamici inconștiente de tip Sado-masochist – pacienții simt că trebuie să se supună și să răspundă la întrebări. Gray (1994) sugerează că o astfel de explorare nu ține cont de rezistențele pacientului, ca *imprecizia*, *reprimarea*, *pasivitatea* și *reticența*, a căror confruntare și înțelegere în cadrul ședințelor inițiale ar putea fi benefică pentru evoluția ulterioară a terapiei.

Deși explorarea reprezintă o tehnică utilă, trebuie să aveți grijă să rezistați tentației de a-i pune pacientului prea multe întrebări și să țineți neapărat seama de reacțiile acestuia – atât la întrebări, cât și la cererea de a începe ședința. Ideile din trecut privind terapia ca demers „expresiv-emoțional” sau „exploratoriu” s-au dovedit a fi problematice.

Confruntarea

Acest termen se referă la faptul că vă dați seama că pacientul folosește în mod inconștient un anumit tip de apărare, pe care o aduceți în atenția acestuia (îl ajutați să

o conștientizeze).

Spre exemplu, unui pacient care nu oferă prea multe detalii, îi puteți spune: „Se pare că azi vă este mai greu să vorbiți despre ceea ce gândiți și simțiți”. Prin definiție, folosirea confruntării nu presupune și încercarea de a-i explica pacientului *de ce* folosește anumite apărări.

Clarificarea

Presupune să descrieți succint un pattern defensiv, ca în următorul exemplu referitor la clarificarea *minimalizării* ca apărare: „Deci încercați să vă convingeți că vă descurcați în relațiile pe care le aveți cu soțul, mama și șeful”. Sau, după ce o pacientă descrie felul cum reușește să rezolve cele 17 probleme pe care copiii săi i le creează, faceți un comentariu referitor la modul cum ea folosește *reprimarea*: „Deci încercați din răspuțeri să nu vă enervați pe aceștia și să faceți tot posibilul să le rezolvați”.

Uneori, clarificarea poate fi folosită în locul adresării unor întrebări directe pacienților. O afirmație de tipul celor făcute de *Columbo*, detectivul modest din serialul TV al anilor '70 (Peter Falk), poate fi chiar utilă pentru obținerea informațiilor fără a fi intruziv. Ceva de genul: „Nu prea îmi este clar ce se întâmplă” sau „Pare a fi foarte neclar” îi invită pe pacienți să ofere explicații atunci când doresc să facă acest lucru.

Interpretările dinamice

Prin acestea le explicați pacienților apărările de care nu erau conștienți. Ulterior, le arătați de ce afecte se apărau. Dacă dispuneți de suficiente informații, puteți discuta cu pacientul și despre conflictele care au generat afectele respective. Pentru interpretarea *formațiunilor reacționate* și a *întoarcerii asupra propriei persoane*, ca apărări împotriva vinovăției produse de furia distructivă a pacientului, ați putea comenta: „Se pare că vă urâți pentru că sunteți furios pe fiul dumneavoastră; atunci deveniți «*excesiv de binevoitor*», ceea ce vă liniștește; cu toate acestea, furia resimțită față de fiu este *întoarsă asupra dumneavoastră*, ceea ce vă face să vă simțiți deprimat”.

Mai trebuie specificat că puteți alege să interpretați conflictele intra-psihice și apărările fie făcând referire la un anumit nivel al dezvoltării psihosexuale, fie având în vedere mai multe niveluri de dezvoltare. Interpretările ce vizează *un singur nivel* ar putea fi de forma:

Nivelul oral. „Vă simțiți destul de jenat că doriți ca eu să vă ajut. Cred că din cauza aceasta ați vrea să *evitați* ședințele. Probabil că ați prefera să găsiți singur soluțiile la problemele dumneavoastră”.

Nivelul anal (separare-individuare). „Atunci când rămâneți *tăcut*, vă protejați cu încăpățănare de expunerea unui material jenant; în același timp, vă doriți ca eu să vă pot citi gândurile”.

Primul nivel genital/perioada de latență. „Se pare că nu doriți să fiți considerat un ticălos¹, pentru că asta v-ar face să vă simțiți vinovat. Din acest motiv, *încercați din răspuțeri* să vă purtați frumos cu ceilalți, deși urăți să faceți acest lucru, iar atunci când le spuneți ceea ce gândiți și „scoateți totul afară”, felul în care o faceți îi *determină pe aceștia să vă pedepsească* (ceea ce vă eliberează de vinovăție)”.

În anumite situații, ar putea fi mai adecvată interpretarea *regresiei libidinale* (sau *progresiei*). Aceasta înseamnă că interpretarea conflictului intra-psihic se face având în vedere mai multe niveluri de dezvoltare psihosexuală, așa cum reiese din exemplul următor:

Un bărbat de 29 de ani, cu simptome obsesiv-compulsive, începe să protesteze în legătură cu orele la care are ședințele. Dumneavoastră îi arătați faptul că tendința sa de a provoca aceste lupte de putere (nivelul anal), îl apără de sentimentele de rușine legate de faptul că depinde de dumneavoastră (nivelul oral) și, simultan, îl împiedică să se gândească la problemele de ejaculare precoce cu care se confruntă (nivelul genital matur).

Interpretarea transferențială

Realizați faptul că pacientul folosește în relația cu dumneavoastră același tip de apărări ca și în relația cu

părinții săi. Singura diferență este că acestea sunt complet inutile în relația actuală cu dumneavoastră.

Un bărbat vă relatează că tatăl său nu îi acorda niciodată atenție; în consecință, la rândul său, și el își ignora tatăl. Când vă vorbește aproape șoptit, astfel că nu puteți înțelege ce spune, dumneavoastră comentați: „Atunci când nu se înțelege ce spuneți, cred că vă apărați de teama că aș putea să nu fiu interesat de ceea ce aveți de spus, la fel ca și tatăl dumneavoastră. Dacă vă rog să repetați, aceasta vă liniștește, însă când nu fac acest lucru sunteți convins că sunt la fel ca el, adică nu îmi pasă”.

Interpretarea genetică

Presupune să îi arătați pacientului modul în care conflictele din trecut sunt deplasate asupra situațiilor prezente:

„Cred că acceptați ca soțul dumneavoastră să își viziteze în fiecare seară mama, pentru mai bine de două ore, pentru că încercați din răspuțeri să nu fiți critică și posesivă, așa cum era mama cu dumneavoastră în adolescență, ceea ce vă displăcea profund” (disidentificarea de mamă ca apărare versus sentimentele de vinovăție).

sau

„Se pare că evitați femeile pentru că încă aveți nevoie să vă protejați de umilințe, ca și cum ați mai fi încă în perioada liceului, iar fetele ar râde de dumneavoastră pentru că sunteți supraponderal”.

Interpretarea viselor

Constă în a-i explica pacientului modul în care simbolismul visului semnifică anumite conflicte împotriva cărora el se apără și de care nu este conștient. În vederea unei interpretări adecvate, este util să luați în considerare gândurile pacientului („asociațiile”) cu privire la diferitele elemente simbolice ale visului – produse în ședința respectivă, din ședințele anterioare sau care apar în ședințele viitoare.

Domnul NN, un inginer de 35 de ani, căsătorit,

suferea de ejaculare precoce. El a relatat un vis: „Mă aflu la tribunal, fiind judecat pentru ceva. Cineva îmi spune că juriul îmi este complet nefavorabil. Ies din sală. Apoi, stau singur și îmi sug penisul, care ajunge la aproape un metru”.

Pacientul a asociat în legătură cu faptul că se simțea oarecum vinovat pentru că în seara precedentă evitase să ia masa cu soția și cei doi copii, preferând să urmărească un meci de fotbal la televizor. El credea că nu poate avea încredere în nimeni. În acel moment, am putut interpreta semnificația simbolică a evitării defensive a intimității cu Sofia: mai bine își oferea singur plăcere pentru că prefera să se vadă ca un „bărbat fatal” (penisul de un metru), decât să recunoască că se simțea vinovat pentru dorințele sale de a depinde de soție într-un mod infantil. El și-a amintit atunci că îi ceruse acesteia să-i pregătească un pahar cu lapte cald, înainte de culcare.

Un alt exemplu referitor la interpretarea viselor:

Doamna L, o femeie de 29 de ani ce suferea de inhibiții, a avut următorul vis: „Eram urmărită de niște bărbați. Îmi era teamă de ei și fugeam. Știam că doreau ceva sexual de la mine. Am fugit de-a lungul unei străzi asemănătoare celei pe care am copilărit și am intrat în fugă în casa doamnei Smith, închizând ușa cu cheia. După aceea m-am trezit”. Doamna L a asociat bărbații din vis cu „bărbații în general”, care „de regulă urmăresc un singur lucru”. Casa doamnei Smith fusese „întotdeauna un loc primitiv și confortabil” pentru ea.

Doamna L mai credea și că unul dintre bărbații din vis semăna cu Chuck, un băiat „foarte drăguț”, pe care îl plăcuse în timpul liceului, dar față de care nu-și arătase niciodată sentimentele. I-am interpretat doamnei L faptul că în vis părea să se „ascundă” (refugieze) defensiv în compania femeilor, cu care se simțea în siguranță.

Teama pacientei față de bărbați părea să fie parțial rezultatul proiecției asupra acestora a propriilor dorințe sexuale („drăguțul Chuck”), pe care le considera

periculoase; prin urmare, fugea atât de sexualitatea bărbaților, cât și de propria sexualitate. La interpretarea mea, pacienta a răspuns: „Așa este. Nu doream ca Chuck să știe ce simțeam pentru el. Asta m-ar fi făcut să mă simt umilită”.

Interpretarea rezistențelor

Un bărbat în vârstă de 35 de ani a întârziat 25 de minute la prima ședință, spunând că pierduse foaia pe care își notase cum să ajungă la cabinet. Auzind scuza sa, am răspuns: „Să înțeleg că era să nu mai ajungeți astăzi la întâlnirea cu mine?”. El a început să râdă și și-a amintit că terapeutul anterior îi displăcuse profund, ceea ce l-a făcut probabil să creadă că la fel se va întâmpla și în cazul meu.

Despre interpretarea rezistențelor vom mai vorbi în subcapitolul următor referitor la identificarea apărărilor. Pe scurt, ca terapeut, veți încerca adesea să le arătați pacienților faptul că întârzierile, absențele de la ședințe, dificultatea de a vorbi, de a uita să plătească ședința sau imprecizia pot fi expresii simbolice ale unei rezistențe la terapie, de care aceștia nu sunt conștienți.

Interpretarea cu rol de legare

Constă în verbalizarea legăturilor dintre diferitele idei exprimate de către pacient în cadrul unei ședințe, întrucât considerați că între acestea există o relație.

Spre exemplu, credeți că pasivitatea, transformarea pasivității în activitate și provocarea masochistă a celuilalt sunt apărările mobilizate de pacient, drept pentru care îi spuneți: „Ați început ședința afirmând că vă deranjează faptul că soțul încearcă să vă spună tot timpul ce să faceți, ca și cum ați fi unul dintre subalternii săi recruți. Acum îmi cereți să vă spun despre ce să vorbiți. Poate că simțiți cumva că și eu ar trebui să vă spun ce să faceți?”

Reconstrucția

Această tehnică psihanalitică rar folosită în cadrul terapiei implică speculații cu privire la situații din trecutul pacientului ce ar putea sta la baza dificultăților sale actuale. Tehnica poate fi utilă atunci când pacientul nu își

poate aminti unele întâmplări recente sau din trecutul îndepărtat.

Reconstrucțiile tind să se dovedească cel puțin într-o oarecare măsură inexacte. Din acest motiv, este periculos ca terapeutul să încerce o reconstrucție a unei istorii de abuz sexual petrecut în copilăria pacientului, până ce acesta nu își amintește trauma suferită. Reconstrucțiile forțate ale terapeutului îi pot provoca pacientului „sindromul memoriei false” (Blum, 1996) din dorința de a-l mulțumi pe terapeut (aceasta fiind o formă de inducere, în care terapeutul îl determină pe pacient să creadă că are o anumită tulburare).

Altfel spus, dacă terapeutul încearcă să reconstruiască o istorie a unui abuz sexual petrecut în copilăria pacientului, fără ca acesta să-și amintească trauma, pacientul poate *introiecta* convingerea terapeutului, ca apărare împotriva anxietății sau vinovăției trezite de contrazicerea acestuia. Pacientul poate mobiliza și alte apărări, ca de exemplu *pasivitatea* (acceptarea sugestiei terapeutului), *formațiunea reacțională* (manifestă o atitudine binevoitoare, când, de fapt, se simte revoltat și furios), și *dediferențierea* (renunță la anumite aspecte ale Sinelui, încercând să semene cu terapeutul, ca protecție împotriva anxietății de separare). Aceste apărări îi fac pe unii indivizi vulnerabili la influențele unor culte sau lideri ai acestora. Este mai precaută o abordare a efectelor traumatiche ale unui abuz sexual, în momentul în care pacientul își poate aminti evenimentul traumatic.

Pe de altă parte, există alte situații, când o reconstrucție precaută și empatică poate avea ca efect stimularea reamintirii de către pacient a unor conflicte de durată și a operațiilor defensive mobilizate împotriva acestora, ceea ce poate duce la insight terapeutic.

Domnul CX, un bărbat de 40 de ani, obișnuia să-și atace verbal superiorii la locul de muncă, iar aceștia ripostau prin a-l izola și a-l împiedica să avanseze ierarhic. Am făcut o interpretare cu rol de legare între acest

comportament autodistructiv și relatările anterioare ale pacientului despre felul în care tatăl său îl „plesnea” cu o curea, pentru a-l pedepsi în anii de școală. La început, domnul CX a obiectat în legătură cu cuvântul „plesnire”, afirmând că prefera „bătaie” sau „lovire”. Mai mult, în ciuda faptului că-amintirile acestor lovituri îi erau clare, ele nu erau însoțite de nicio reacție emoțională din partea pacientului.

Reconstrucția mea s-a bazat pe faptul că pacientul simțise probabil în copilărie o furie intensă la adresa tatălui pentru bătaile primite, dar aceasta fusese reprimată, îndurând cu stoicism pedepsele. Totodată, pacientul părea să deplaseze în prezent această furie asupra superiorilor săi, care în plan simbolic reprezentau imago-uri paterne; astfel că pune în act o situație transferențială (transferul, ca mecanism defensiv), în care își critica superiorii și era pedepsit în mod repetat. Ca răspuns, domnul CX și-a amintit și alte situații din tinerețe în care tatăl îl „manipulase” astfel încât, deși resimțea furie, el încercase în schimb să-și mulțumească tatăl. De asemenea, am reușit să înțelegem că datorită identificării cu agresorul, pacientul își „lovea” verbal superiorii, în același mod în care tatăl îl lovide în copilărie (o altă apărare împotriva furiei resimțite la adresa tatălui).

Identificarea mecanismelor de apărare în principal, există două metode de identificare a acestora: metoda deductivă și cea inductivă.

Tehnicile deductive

Puteți deduce activitatea defensivă pe baza anumitor observații obiective. Așa cum este ilustrat în tabelul 2, atunci când pacientul își *întrerupe* fluxul informațiilor, *schimbă* brusc subiectul, *lipsește de la ședințe*, exprimă *nemulțumiri* ce ar putea avea legătură cu dumneavoastră (Langs, 1973), vorbește foarte *simbolic* („Viața este ca o cutie de bomboane...”) sau relaționează cu dumneavoastră în moduri care vă fac să doriți să îi puneți întrebări cu rol clarificator (YWTAQ3), atunci este foarte probabil că

acesta folosește o serie de apărări. Tabelul 2 ilustrează modul în care apărările împiedică accesul în conștiință al afectelor neplăcute, generate de conflictul intra-psihic dintre dorințe (pulsiiunile care caută descărcarea), sentimentele de vinovăție

TABELUL 2. DETERMINAREA APĂRĂRILOR PRIN METODA DEDUCTIVĂ

Conflicte >	Conflicte pe cale să se declanșeze >	— Activități
PULSIUNE LIBIDINALĂ (orală, anală, genitală)		OP A vorbir SC BAREA sul
PULSIUNE AGRESIVĂ (distrugere. răzbunare)	1	lui AB AREA de ședințe
SUPRAEU (vinovăție. teamă)	CONFLICT INTRA-PSIHIC	DE AREA nemulțu
REALITATE	APECT senzație + gând (anxietate) (depresie) (furie intensă)	APĂRARE (păstrarea gândurilor sau a trăirilor În afara conștiin(ei)) FC REA simbolu
PROBLEME ALE RELAȚIILOR DE OBIECT		YW (N de

(comp rtament adeziv, distanțare)		a întreba)
<i>Interpr etare genetică</i>	(r	<i>confruntare</i> interp dinamică fumai a ap (apărare-afect)

(pedeapsa Supraeului pentru aceste dorințe pulsionale), realitatea externă și relațiile individului.

Gary (1994) subliniază că întreruperile în discursul pacientului indică apărări ce pot fi confruntate cu blândețe, în timp ce pacientul verbalizează. Mai mult, momentele de întreruperi în discurs apar adesea atunci când pacientul este foarte aproape de conștientizarea unor sentimente și dorințe pulsionale intense.

Mulți indivizi mobilizează rezistențe puternice încă de la începutul terapiei. Alții doresc să o abandoneze prematur. În oricare dintre cazuri, vă puteți afla în situația de a fi nevoiți să interpretați apărările ce determină rezistența. Următoarele scenarii ilustrează o parte dintre rezistențele tipice și *idei* (care sunt doar orientative) despre cum ați putea să le interpretați pacientului.

CONCRETIZAREA ȘI INTELECTUAUZAREA

Pacientul: discută despre diverse teorii cu privire la medicația prescrisă pentru un „dezechilibru chimic” – pentru a *nu* dezvălui emoții sau experiențe dureroase și stânjenitoare. Spre exemplu, poate spune: „Am citit un articol care spunea că toate depresiile sunt cauzate de un dezechilibru chimic. Există păreri ce susțin că este vorba de o deficiență de vitamina E”.

Răspunsul terapeutului: „Cred că vă este mai ușor să credeți acest lucru – și să discutați cu mine despre aceste teorii – decât să vă gândiți la conflictele cu care vă confrunțați în relațiile importante/la locul de muncă”.

NORMALIZAREA ȘI GENERALIZAREA

Pacientul: face presupunerea că problemele cu care

se confruntă sunt unele obișnuite, întâlnite în mod frecvent, „doar le au toți, nu-i așa?”. De exemplu, „Toți soții simt la fel, nu?”

Răspunsul terapeutului: „Se pare că nu doriți să vă gândiți la problema dumneavoastră ca fiind una importantă; probabil că vă simțiți destul de stânjenit că mă consultați în legătură cu ea”.

RĂȚIONALIZAREA ȘI MINIMALIZAREA, DETERMINÂND UNEORI PESIMISMUL

Pacienta: „Nu este mare lucru. Sunt obișnuită cu abuzurile. Soțul meu a avut o copilărie nefericită; nu se poate controla. Chiar nu pot face nimic în privința asta”.

Terapeutul: „Pe de o parte, ceea ce îmi spuneți seamănă cu pledoaria unui avocat al apărării – îi găsiți soțului numeroase scuze; pe de altă parte, păreți convinsă că sunteți total neajutorată, ca un copil mic. În ambele cazuri, felul în care abordați problemele din căsnicia dumneavoastră vă împiedică să credeți că aș putea să vă spun ceva care o să vă ajute – este ca și cum ați gândi că voi încerca să vă conving de ceva cu care nu o să puteți fi de acord”.

PROIECȚIA ȘI EXTERNALIZAREA

Pacientul: „Credeți probabil că sunt un idiot...”

Terapeutul: „Cred că acum vorbește conștiința dumneavoastră: probabil că sunteți destul de critic cu dumneavoastră, iar acum vă așteptați ca și eu să vă judec la fel de aspru cum o faceți dumneavoastră”.

RETICENȚA ȘI PASIVITATEA, DETERMINÂND UNEORI O ATITUDINE SUPUSĂ

Pacientul: „Nu am ce să spun [pauză]. Ce ați dori să vă spun?”

Terapeutul: „Haideți să începem prin a ne gândi puțin la felul în care v-ați asumat imediat rolul de a-mi face pe plac”.

SOCIALIZAREA ȘI UMORUL

Pacientul: „Îmi place foarte mult cabinetul dumneavoastră. Decoratorul meu ar fi invidios!”

Terapeutul: „Mulțumesc pentru aprecieri. Presupun că v-ar plăcea să credeți că îmi voi dovedi competența și ca terapeut, dar încă aveți îndoieli în această privință”.

Tehnicile inductive

Pe lângă deducerea prezenței apărărilor inconștiente pe baza criteriilor obiective, există patru tipuri de răspunsuri contratransferențiale pe care le puteți considera ca indicii privind folosirea de către pacienți a unor apărări patologice. Este de dorit să nu le comunicați pacienților aceste răspunsuri emoționale. Mai curând veți dori să reflectați asupra lor pentru a formula ipoteze privind apărările ce ar putea fi mobilizate de către pacient. În mod evident, folosirea raționamentelor inductive necesită o confirmare obiectivă a ipotezelor dumneavoastră, de exemplu prin „sugerarea” unei interpretări a apărărilor, pentru a vedea dacă pacienții o confirmă.

REGULA CELOR 4 PUNCTE PENTRU DETERMINAREA INDUCTIVĂ A PREZENȚEI APĂRĂRILOR poate fi memorată ca acronimul WEBS4 – contrarierea (reacțiile de tip „cum?!”), blocajul responsivității empatică, „nonsensul” pacientului Z și „ar trebui”.

CONTRARIEREA (REAȚIILE DE TIP „CUM?!”). Aveți tendința de a-i spune pacientului: „Cum?! De ce ați făcut asta?”

O terapeută a relatat cazul doamnei I, o femeie de 26 de ani, divorțată, ce suferea de depresie. Doamna I acceptase ca un fost iubit să o viziteze, deși la telefon înțelesese că acesta era într-o stare avansată de ebrietate. Când bărbatul a sosit, ea i-a reproșat faptul că băuse. Atunci fostul iubit a amenințat-o verbal pe doamna I, în timp ce părăsea apartamentul. Reacția terapeutei a fost: „Sunt perplexă! De ce ați făcut asta?” Doamna I a răspuns că nu știa, însă oricum mai important era că totul se terminase cu bine.

În ședința de supervizare, i-am subliniat terapeutei

faptul că în relația cu fostul iubit aflat în stare de ebrietate, pacienta părea să folosească o serie de apărări: formațiunea reacțională (manifestarea bunăvoinței față de un fost iubit pe care îl ura), provocarea pedepsei (invitarea acestuia acasă, urmată de reproșuri pentru a-l incita s-o amenințe, ceea ce o elibera de vinovăția trezită de dorința de a-l ucide), minimalizarea (pericolul reprezentat de acesta nu „era mare lucru”), și identificarea proiectivă (inducerea în terapeută a furiei, criticismului și confuziei) – toate acestea stimulând în terapeută o reacție de tip „Cum?!”. Din punct de vedere al tehnicii terapeutice, am recomandat ca terapeuta să reflecteze asupra reacției sale de tip „Cum?!”, pentru a emite ipoteze privind apărările mobilizate de doamna I, pe care să le interpreteze ulterior împreună cu conflictele subiacente. A-i fi cerut doamnei I să vorbească despre afectele inconștiente și apărări ar fi avut ca efect doar conștientizarea și, în consecință, minimalizarea acestora de către pacientă.

BLOCAJUL RESPONSIVITĂȚII EMPATICE. Apare atunci când, în ședință, individul vorbește despre un anumit afect sau o atitudine, însă dumneavoastră nu reușiți să rezonați cu pacientul. Lipsa aparentă de răspuns emoțional poate fi indiciul unei interferențe contratransferențiale. Sau este posibil ca blocajul responsivității dumneavoastră empatică să vă semnaleze faptul că pacientul folosește un anumit tip de apărare.

Doamna H, o femeie de 35 de ani, căsătorită, a început să plângă incontrollabil în timpul ședinței. Ea era supărată pentru că bărbatul cu care avusese o aventură extraconjugală în ultimii cinci ani refuza să o mai vadă după ce îi sugerase să-și reducă activitatea sexuală. Mai mult, când i-a mărturisit soțului aventura, acesta s-a înfuriat foarte tare și a refuzat să-i mai vorbească timp de câteva ore.

În timp ce doamna H plângea, susținând că cei doi bărbați o trataseră nedrept, am simțit cum începeam să fiu iritat și critic. Observând că nu resimțeam tristețea de

care vorbea doamna H, am presupus că aceasta se apăra împotriva sentimentelor sale. Pe baza reacției mele – critice – am formulat ipoteza că pacienta folosea probabil ca apărare provocarea pedepsei din partea celuilalt.

Ulterior, am subliniat că în ambele cazuri ea părea să le provoace bărbaților frustrarea, ceea ce îi atrăgea pedeapsa din partea acestora. Pacienta a izbucnit în râs, întrebând: „Adică spuneți că eu am creat această dramă blestemată?” în continuare, ea a făcut o asociere, spunând că la 19 ani suferise îngrozitor pentru că primul său iubit o părăsise după ce rămăsese însărcinată. Cu amărăciune a povestit cum acesta nu o însoțise și nici nu o ajutase financiar să facă avortul. Ea a realizat că se simțea vinovată pentru că se „răzbunase pe nedrept” (deplasare) pe alți bărbați, făcându-i la rândul său pe aceștia să sufere (identificarea cu agresorul).

„NONSENSUL” PACIENTULUI. Un pacient asociază liber în timpul ședinței în legătură cu aspecte care fie par ne semnificative, fie au fost analizate anterior în detaliu. În acest caz, puteți comenta: „Mare parte din ședință ați vorbit despre cum se circula la sfârșitul săptămânii trecute, când ați fost în excursie; am impresia că încercați să îmi dați toate amănuntele, însă oarecum evitați să ajungeți la alte aspecte, mai neplăcute”.

Un fost pacient încerca să își stabilească psihopatologia căutând informații pe internet. El a început una dintre ședințe declarând că suferea probabil de o tulburare afectivă sezonieră, din moment ce toamna era cuprins de tristețe. Când am încercat să interpretez această intelectualizare ca apărare împotriva vinovăției resimțite pentru că își înșelase soția, el a confirmat: „Doar vorbeam și eu așa. Credeam că o să vă deranjeze că am glumit pe seama dumneavoastră!”

Renik (1978) subliniază faptul că o concentrare prea mare asupra „materialului... inofensiv contribuie la consolidarea operațiilor defensive menite să-i distragă pacientului atenția de la gândurile... neplăcute” (p. 590).

„AR TREBUI”. Pacientul vă relatează o situație extrem de dificilă pe care o trăiește. Face acest lucru folosind *izolarea afectului*, ce poate fi însoțită și de *lamentare*. Dumneavoastră simțiți nevoia să-i spuneți ce *ar trebui* facă. Acesta este un moment adecvat pentru interpretarea apărărilor pacientului, cu precădere *pasivitatea*.

În filmul „*Analyze This*” (Ramis, 1998), Billy Crystal joacă rolul unui terapeut care, în scena de început a filmului, tratează o femeie melancolică, pasivă, ce se lamentează. El își imaginează cum se ridică brusc din fotoliu, țipând la aceasta ceva de genul: „De ce nu încetezi cu văicăreala și nu începi să trăiești?! De ce nu faci ceva?!” Cu toate acestea, în ședință el doar oftează, după care îi spune pacientei că o așteaptă săptămâna următoare.

În realitate, răspunsul imaginar al personajului interpretat de Crystal indică un tip de reacție terapeutică empaticăfață de pacientă. Ceea ce în film nu se întâmplă este un al doilea pas necesar: pe baza reacției de tip „ar trebui” (cu privire la pacientă), terapeutul verbalizează modul în care acesta folosește defensiv pasivitatea și izolarea afectului. Această reacție internă, pentru un terapeut cu experiență, ar fi un indiciu că pacienta avea de fapt o reacție similară, însă își respingea afectele ce ar fi putut să o ajute să își rezolve problemele. Intervenția adecvată ar fi constat în confruntarea de către terapeut a pasivității, apatiei și a izolării afectului.

Ordinea interpretărilor

Constelațiile defensive trebuie de regulă să fie aduse în atenția pacientului, împreună cu afectele împotriva cărora el se apără, în ordinea următoare:

1. Apărările care îi pun pacientului viața în pericol

Din această categorie fac parte: *întoarcerea furiei asupra propriei persoane*, *inhibarea-judecăfii* sau a funcției de autoconservare, *negarea* masivă și *raționalizarea* unui pericol real, și *provocarea masochistă* a unor pedepse severe.

Domnul B, un contabil de 32 de ani, a venit la terapie la recomandarea terapeutului fostei soții a pacientului, întrucât el amenința că se va sinucide. Pacientul era convins că soția „greșea” insistând să divorțeze, după un mariaj de 11 ani. El considera că soția ar fi trebuit să țină seama că aveau împreună doi copii, dar, pe de altă parte, situația îi trezea frustrare. Domnul B nu a exprimat niciun fel de furie față de soție, cu toate că aceasta insistase în urmă cu câteva luni ca el să se mute.

Situația era complicată de percepția pacientului că soția era îngăduitoare cu el. Ea nu îi spusese niciodată clar că nu vor mai putea fi împreună. Domnul B a spus că mergea frecvent acasă la soție când ea lipsea, pentru a supraveghea copiii. Pe lângă chiria plătită pentru apartamentul în care se mutase, el continua să suporte ratele casei în care locuiau soția și copiii, deși făcea un efort financiar considerabil.

De fapt, în prima ședință, el a legat apariția ideilor suicidare de o experiență recentă, când rămăsese singur cu copiii. Soția plecase la sfârșitul acelei săptămâni să își viziteze un prieten din alt oraș, cu care pretindea că avea doar o relație platonice.

Când a revenit duminică seara, ea i-a cerut domnului B să plece, în ciuda protestelor acestuia. El interpretase faptul că Sofia îi permisesese să aibă grijă de copii în casa în care locuiseră împreună ca pe o șansă de împăcare; gândurile suicidare au apărut după ce în noaptea respectivă domnul B a presupus că Sofia își decuplase telefonul, pentru ca el să nu mai încerce să o convingă că „făcea o greșală”.

Am interpretat faptul că domnul B nu putea accepta o realitate destul de evidentă: probabil că soția nu mai dorea ca ei să fie împreună, însă se folosea de el pentru a rămâne cu copiii în lipsa ei. Aveam convingerea că pacientul utiliza negarea (atât prin cuvânt, cât și prin fantasmă), pentru a se apăra de durerea intensă și furia împotriva soției, datorate destrămării căsniciei.

Întâi domnul B a început să plângă. După aceea, a izbucnit: „De ce trebuie să facă asta? De ce nu se poate maturiza și să facă ceea ce este corect?!” Când a realizat că era, de fapt, furios pe soție, pacientul i-a găsit acesteia imediat scuze, de exemplu spunând că era „foarte stresată la serviciu”.

În următoarele ședințe, am făcut noi interpretări privind folosirea repetată de către pacient a negării, raționalizării, întoarcerii asupra propriei persoane și reconstrucției realității. Înțelegerea acestor apărări a dus la dispariția intențiilor suicidare, chiar dacă el încă era nefericit. Pacientul a continuat tratamentul timp de câteva luni, perioadă în care nu a avut nevoie de spitalizare și nici nu a avut vreo tentativă suicidară.

Datorită faptului că firma care îi plătea asigurările de sănătate a schimbat clinica medicală, domnul B a fost nevoit să meargă la un alt terapeut. Șase ani mai târziu, un terapeut diferit mi-a solicitat informații despre cazul domnului B; acesta nu avusese tentative suicidare între timp.

Un alt exemplu de apărări care îi pun pacientului viața în pericol a fost relatat de către dr. H, rezident psihiatru în anul IV, cu formare în psihiatria psihodinamică:

Acesta a fost solicitat să îl consulte pe domnul CC, de 27 de ani, un bărbat celibatar care a venit la camera de urgență pentru că avea idei suicidare. Cândva auzit prima dată istoria pacientului, dr. H a crezut că va fi vorba despre un „caz obișnuit de internare” pentru depresie severă. Însă medicul urma să constate că abordarea psihodinamică a cazului avea să se dovedească mult mai terapeutică decât s-ar fi gândit.

Domnul CC dezvoltase ideea suicidară după ce, într-o noapte, prietena sa venise acasă la 4 dimineața, în stare de ebrietate, și recunoscuse că întreținuse relații sexuale cu un alt bărbat. El încercase să fie „înțelegător” cu aceasta, întrucât la rândul său o înșelase cu un an în

urmă cu o altă femeie. Din acest motiv simțea că „nu avea dreptul” să fie furios – ceea ce a fost pentru medicul rezident un indiciu că domnul CC se simțea vinovat. Rezidentul a interpretat faptul că această atitudine „exagerat de înțelegătoare” (formațiune reacțională) avea rolul de a-l elibera pe domnul CC de vinovăție, astfel că el întorcea furia devastatoare asupra propriei persoane.

Domnul CC a izbucnit în plâns și a vorbit despre furia resimțită față de prietena sa, însă era convins că el crease aceste probleme. Cu un an în urmă, când prietena furioasă îi făcuse reproșuri în legătură cu acea aventură, el o provocase să „își ia revanșa”, pentru „a se elibera de furie”. Rezidentul a înțeles că era vorba de o provocare masochistă, așa că a interpretat modul cum domnul CC a atras asupra sa pedeapsa pentru a se elibera de vinovăție. Pacientul a recunoscut că toată viața se simțise vinovat datorită unor jocuri erotice din adolescență avute cu o soră mai mare.

Ideația suicidală a dispărut odată ce domnul CC a început să înțeleagă aceste conflicte. El a solicitat în continuare o terapie în ambulatoriu cu respectivul medic rezident, pe care a început-o a doua zi.

2. Apărările ce împiedică culegerea unor informații cruciale

Printre acestea se pot regăsi proiectarea ostilității (ce determină la pacient sentimentul neîncrederii în terapeut), reprimarea, reticența, imprecizia, deplasarea și transferul negativ.

În timpul unui stagiu cu rezidența psihiatrii (Blackman, 1997), doamna BB, în vârstă de 22 de ani, de profesie asistentă medicală, a prezentat ca simptom principal pierderea memoriei în legătură cu un incident recent, în care fusese bănuită că furase diazepam (Valium) din secția unde lucra. Ea afirma că uneori putea uita ce făcuse în decursul unei zile de serviciu. La explorarea mea privind consumul de alcool sau medicamente, aceasta a răspuns negativ.

Ea s-a plâns în legătură cu: „problemele pe care le am. De fapt, nu sunt simple probleme; mă deranjează. Mă întreb dacă sunt normală. Uneori cred că sunt”. Pacienta a oferit foarte puține informații. Cum discutaserăm deja în cadrul seminariilor noastre despre rezistențe, dr. M (unul dintre rezidenți) a avut intenția să abordeze cazul folosind tehnica psihanalitică. La cererea mea, acesta a confruntat pacienta cu privire la reprimare și imprecizie, ca mijloace de apărare, în loc de a-i pune întrebări pentru a afla mai multe detalii. Doamna BB a început să râdă (defensiv), spunând că avea atât de multe de spus, încât nu știa cu ce să înceapă. Ea părea stânjenită, deși nu a spus acest lucru; dr. M a interpretat că stânjeneala pacientei era una dintre cauzele ce au determinat mobilizarea apărărilor.

Doamna BB a încuviințat, mărturisind că cel puțin o dată i se întâmplase să găsească în buzunar, când ajunsese acasă, un flacon de diazepam; nu avea idee cum ajunsese acolo. În mod spontan, a legat „amnezia” actuală de faptul că, spre sfârșitul adolescenței, furase dintr-un magazin, însă susținea că nu își amintea mai multe despre aceasta. Pe un ton lipsit de emoție, ea s-a descris ca „fiind două persoane diferite”.

Observând că rezidenții păreau să îi dea crezare pacientei, am oprit interviul pentru a discuta despre diagnosticul diferențial. Pe baza experienței avute în psihiatria judiciară, am intuit că doamna BB mințea, din mai multe considerente: (1) comisese recent o altă faptă penală (furtul diazepamului), (2) relatările sale erau vagi și (3) avusese antecedente de furt (cel puțin o dată în adolescență), de care evident că scăpase nepedepsită, pretinzând că era amnezică.

Deși am realizat că era dificilă discutarea cu tact a diagnosticului diferențial - ce includea amnezie (de tip isteric), regresie psihotică (blocajul memoriei) și comportamentul evaziv (pentru evitarea răspunderii penale) - am decis că demersul, dacă era făcut fără a o leza pe pacientă, îi putea ajuta cel mai mult pe rezidenți să

înțeală diagnosticul.

Mai întâi, le-am cerut acestora să discute ipotezele pe care le aveau. Se pare că ei considerau că refularea era singura cauză pentru aparentele stări amnezice ale pacientei. Am subliniat discret faptul că diagnosticul diferențial mai includea și regresia Eului la nivelul integrării, precum și comportamentul evaziv (din moment ce istoria pacientei sugera o patologie a Supraeului). Le-am explicat că amnezia de tip isteric presupunea de regulă un conflict între un Supraeu excesiv de critic și derivatele pulsionale sexuale și/sau agresive, în condițiile existenței unor funcții autonome ale Eului relativ intacte.

La cererea mea, dr. M a confruntat folosirea evitării de către doamna BB, prin sublinierea faptului că înțelegea dificultatea acesteia de a vorbi despre problemele sale. Pacienta a răspuns că era stânjenitor, pentru că „oamenii vor crede că este nebună”. A spus aceasta zâmbind, astfel că utilizarea cuvântului „nebună” părea a fi o dramatizare (apărare histrionică). M-am întrebat în sinea mea dacă ea proiecta asupra celorlalți propriul sentiment de iminentă fragmentare a Eului.

Pentru a facilita elaborarea unui nou material, i-am sugerat dr. M să clarifice cu pacienta dacă imprecizia acesteia era un automatism. Dr. M a exagerat, spunând: „Înțeleg că nu evitați deliberat să vorbiți despre anumite aspecte sau să mințiți, însă unele dintre acestea ar putea fi utile în stabilirea unui diagnostic”. (După ce pacienta a plecat, am discutat faptul că dr. M fusese insistent și o disculpase pe doamna BB, ceea ce era inadecvat, întrucât exista posibilitatea ca ea să mintă. Cu toate acestea, faptul că dr. M o liniștise pe pacientă s-a dovedit benefic, deși intervenția era una incorectă5).

Doamna BB a răspuns: „Nu este vorba despre mine, ci de ceea ce mi se întâmplă”. În urma explorării mele neintruzive, ea a recunoscut că ceea ce i se întâmpla includea experiențe în care mobila, tacâmurile, ceștile și farfurioarele „începeau să zboare prin cameră”. În

legătură cu aceste percepții, ea a explicat că „nu aveau nicio rațiune”, dar că nu „erau imaginare” și nu „băuse sau dormea”. Mai mult, ea vedea oameni care îi vorbeau, deși îi era greu să relateze ce spuneau. Am clarificat cu pacienta faptul că nu credea că experiențele se datorau unui conflict intern. Ea le resimțea mai curând ca „reale”, nu doar gândite. Clarificarea cu privire la concretismul și caracterul dereistic al gândirii indicau faptul că pacienta era psihotică.

Pentru confirmarea diagnosticului, am explorat împreună cu pacienta dacă suferea și de blocaje ale gândirii. Ea a recunoscut că adesea era nevoită să îi întrebe pe ceilalți despre ce vorbea, pentru că nu își putea urmări șirul propriilor idei.

Având aceste noi informații ce sugerau o tulburare psihotică, i-am prevenit pe rezidenți că urma să folosesc tehnici terapeutice diferite. Îmi formulasem mental ipoteza că pacienta folosea intelectualizarea și raționalizarea cu privire la simptomele sale, și că prezenta o regresie mai accentuată decât dorea să admită (datorită rușinii). Se pare că în mod defensiv ea ne inducea în eroare cu privire la gradul „amneziei” sale, despre care aveam convingerea că putea însemna perioade de regresie la nivelul integrării (dezorganizarea gândirii). Prin urmare, am abordat comportamentul evaziv manifest al doamnei BB, spunând că era greu de crezut că uitase în totalitate ce făcuse în anumite zile. Am mai sugerat (tehnică suportivă) că dacă făcea un efort, probabil că urma să își amintească ceva referitor la acele zile.

A răspuns că nu îi venea nimic în minte. Atunci am folosit argumentarea (tehnică suportivă), spunând că, din experiență, de regulă oamenii nu uită ceva în procent de sută la sută. Am întrebat dacă era posibil ca ea să fi fost atât de tulburată în acele zile, încât să nu își poată aminti nici măcar ceea ce gândea. Am presupus că era posibil să își amintească faptul că se simțise agitată și dezorganizată. A răspuns că mintea îi era adesea „extrem de surescitată”

de „prea multe gânduri”. Acestea o împiedicau să doarmă timp de două sau trei nopți la rând. A mărturisit că „lua Benadryl pentru a putea dormi”. Prin folosirea „exagerării” am ghidat pacienta (tehnică suportivă pentru a reduce reacția Supraeului), întrebând: „Luați câte 10 sau 15 pastile o dată?” Așteptam ca ea să recunoască faptul că obișnuia să ia câteva pastile. Însă pacienta a reușit să ne surprindă pe toți. A râs cu nervozitate și a spus că de fapt înghițea câte 25 sau 30 de capsule o dată (25 mg fiecare) de difenhidramină⁶, pentru că altfel nu „ar fi reușit să adoarmă vreodată”. În aceste condiții, am decis împreună cu rezidenții că era mai indicată medicația neuroleptică. Pacienta a fost de acord să înceapă un astfel de tratament. După încheierea consultației, am concluzionat că probabil doamna BB furase diazepamul în timp ce se afla într-o astfel de stare de agitație extremă, cauzată de deficiența de integrare, incapacitatea de a testa realitatea și incapacitatea de conținere a proceselor primare. Probabil că atunci când fusese descoperită îi era teamă că va fi pedepsită pentru furt și, prin urmare, a mințit. Dr. A a amintit faptul că, deși pacienta fusese bănuită de furtul diazepamului, datorită „amneziei”, ea scăpase fără a fi învinuită oficial.

Discuțiile ulterioare s-au centrat pe amnezie, ca simptom principal descris de pacientă și pe care inițial nu îl pusesem la îndoială. Se pare că, datorită rușinii legate de ideea și simptomele sale psihotice, ea reprimase conștient informațiile și intelectualizase, susținând că suferea de tulburare de personalitate multiplă. Dacă nu am fi abordat modul în care ea se apăra prin izolarea afectului, refuzul conștient de a oferi informații, comportamentul evaziv și intelectualizarea, această pacientă psihotică ar fi putut fi diagnosticată în mod eronat ca având tulburare de personalitate multiplă (Gardner, 1994).

Astfel, am putut evita să încercăm să tratăm simptomele cu ajutorul intervențiilor de tip dinamic.

Această abordare era contraindicată, întrucât pacienta avea deficiențe majore la nivelul funcțiilor Eului (integrare și abstractizare), motiv pentru care medicația combinată cu intervențiile suportive erau mult mai adecvate.

3. Apărările ce determină rezistența la terapie

Acestea sunt:

Refularea și evitarea, evidente în special atunci când pacienții uită în întregime materialul unei ședințe anterioare sau când întârzie 15 minute la următoarea ședință.

Reprimarea unui material semnificativ, ca de exemplu, ideții suicidare (conținut și situație), amănunte legate de conflicte sexuale, inclusiv fantasme.

Rezistența de transfer și proiecțiile, ce determină neîncredere și devalorizare, identificarea cu obiectul care abandonează și externalizarea Supraeului (adesea manifestată ca teama de pedeapsă sau dezaprobare din partea terapeutului).

Un exemplu de rezistență datorată sentimentelor transferențiale negative deplasate din relațiile terapeutice anterioare este cazul domnului F, de 52 de ani, ce venise la terapie pentru că suferea de „depresie”. El mi-a cerut să îi recomand „Prozac sau una dintre clonele acestuia”. Am interpretat că astfel el „încerca să se elibereze de sentimentele dureroase, fără a fi nevoit să îmi vorbească despre problemele maritale”. Domnul F a răspuns: „Am mai urmat și alte terapii înainte. Ceilalți terapeuți doar stăteau acolo și mă ascultau. Este probabil vina mea, însă nu au reușit să mă ajute”. Am răspuns: „Poate că vă așteptați ca și această terapie cu mine să fie la fel de frustrantă pentru dumneavoastră, așa că de data aceasta ați prefera să luați inițiativa și să cereți medicamente, decât să fiți nevoit să mai aveți încredere în vreun terapeut”. Domnul F a răspuns: „Nu m-am gândit niciodată la asta. Poate. Îmi displace să mă gândesc cât de mulți bani am irosit inutil pentru a fi «ținut de mână»!”

4. Apărările ce contribuie la psihopatologia generală

a pacientului

Acestea includ: *inhibiția vorbirii, identificarea cu agresorul, pasivitatea, refularea, formațiunea reacțională, evitarea (unor situații), simbolizarea și condensarea.*

Apărările în nevroze

Doamna D, în vârstă de 43 de ani, divorțată pentru a doua oară, m-a consultat datorită agorafobiei și depresiei moderate, ce debutaseră după o suspendare temporară din postul de bibliotecară. Motivul aparent al suspendării era reducerea de personal; cu toate acestea, pacienta credea că „o colegă mai tânără” care era în competiție cu ea, îl convinsese pe șeful său să îi preia postul. În prezent, doamna D primea ajutor de șomaj; ea dorea să se întoarcă la serviciu, însă când pleca de acasă, avea frecvent atacuri de panică severe.

La câteva luni de la începerea terapiei, ea a recunoscut în timpul ședinței că nu dorise să vină în acea zi. Când am comentat asupra faptului că era posibil ca astfel să evite să îmi vorbească despre sentimentele negative față de mine și terapie (interpretarea rezistenței), pacienta m-a întrebat: „De ce ați vorbit data trecută atât de mult despre sexualitate?” Am clarificat faptul că în ședința precedentă ea fusese cea care afirmase că se simțea singură, însă glumise spunând că nu avea de gând să „iasă la colț de stradă”. Am legat această glumă a pacientei de evitarea sexualității, despre care îmi spusese deja că era o sursă de conflict pentru ea. Cu toate acestea, ea părea acum să mă învinovățească pe mine de aducerea în discuție a aspectelor sexuale (proiecție și învinovățire proiectivă).

Odată confruntată cu felul distorsionat în care își amintea ședința precedentă, ea mi-a dat dreptate, după care a adăugat râzând discret: „Este mai ușor să dau vina pe dumneavoastră decât să vorbesc despre asta!” M-a întrebat apoi dacă putea să bea o ceașcă de cafea. Am interpretat că era probabil mai confortabil pentru ea să avem doar o conversație ușoară la o cafea, mai puțin

periculos decât să vorbească despre aspectele sexuale (regresia libidinală, ca apărare). Ea a răs din nou, spunând: „Cafeaua și figarea urmează de regulă după sex!” Am discutat din nou că probabil era mai confortabil pentru ea să îmi atribuie mie și această glumă.

Ulterior, doamna D a sunat pentru a anula următoarea ședință, spunând că avea o migrenă severă. Când am reluat ședințele, era incapabilă să își amintească ceva din ultima ședință, ce precedase cele trei zile în care suferise de migrene. Am interpretat întâi faptul că exista o legătură între uitare (refulare) și migrene. Pacienta mi-a cerut să îi reamintesc despre ce vorbisem în acea ședință. Am menționat discuția cu privire la reticența ei de a vorbi despre sexualitate, faptul că dorise o cafea și că glumise despre aceasta, precum și faptul că avea tendința să mă învinovățească. Răspunsul său a fost: „A, acum îmi amintesc. A fost îngrozitor – nu trebuia să glumesc așa!” Am interpretat faptul că ea părea să se critice destul de aspru, și poate că migrena era un mod de a se pedepsi și de a evita ședința și gândurile legate de aspectele sexuale.

Pacienta a consimțit, după care a mărturisit „ceva despre care nu mai spusese nimănui”: avusese și o a treia căsătorie, cu un bărbat de o altă etnie, de care se despărțise, deși acesta o iubea. Se întreba dacă suferința produsă acestuia nu se datora furiei intense pe care încă o resimțea față de primul soț, despre care spunea că o făcuse să sufere emoțional. Atunci am legat aceste aspecte și de atitudinea pacientei față de fostul său șef. Ea a izbucnit furioasă: „Trebuie să facă o operație, știți dumneavoastră unde! Ticălosul!”

Explorând rezistențele pacientei la terapie, am putut înțelege că simptomele sale agorafobice, depresive și de conversie își aveau sursa în relațiile conflictuale cu fostul șef, cu cei trei soți, și în ultimă instanță cu tatăl – toate acestea ducând la o evitare inconștientă a locului de muncă, care îi retrezea sentimentele de vinovăție, furie incontrollabilă și intense dorințe sexuale.

Apărările la personalitățile de tip borderline

Atunci când indivizii ce vin la consultație prezintă evidente probleme la nivel de Warm - ETHICS (vezi capitolul 4), asociate cu deficiențe în funcționarea Eului (la nivelul controlului pulsional, toleranței la afect și conținerii proceselor primare), există o regulă generală ce vă poate fi de ajutor. Aceasta se referă la interpretarea într-o primă etapă a mecanismelor defensive de *distanțare emoțională*, și amânarea oricăror intervenții ce vizează apărările mobilizate împotriva conflictelor dintre dorințele pulsionale și vinovăția trezită de acestea.

Un bărbat de 37 de ani, căsătorit, este profund mâhnit din cauza numeroaselor sale aventuri sexuale. El se plânge că nu poate încheia relația cu amanta, pentru că aceasta acceptă să participe la activități sexuale specifice care îl stimulează; Sofia îi refuză punerea în practică a fantasmelor sale sexuale, iar preludiul pe care aceasta îl dorește, lui nu îi aduce satisfacție sexuală.

Probabil că, în acest caz, primele intervenții ar trebui să vizeze modul în care pacientul creează o *distanță* emoțională față de soție, prin angajarea în relația extraconjugală. Totodată, el *evită* apropierea emoțională față de amantă, folosindu-se de aceasta doar pentru satisfacerea fantasmelor sexuale. Cu alte cuvinte, controlul gradului de apropiere emoțională față de ceilalți ar trebui discutat și înțeles înaintea celorlalte aspecte conflictuale privind relațiile interpersonale (pentru mai multe informații asupra acestui tip de patologie, vezi Marcus, 1971).

Rațiunea unei astfel de succesiuni a intervențiilor terapeutice constă în faptul că manevrele de *separare/distanțare* au un rol de protecție împotriva anxietății datorate lipsei de încredere în ceilalți. Dacă aceste conflicte nu sunt abordate și înțelese primele, astfel încât pacientul să poată înțelege că are tendința să evite expunerea intimă a materialului emoțional, în momentul în care îi veți vorbi despre celelalte dinamici simbolice care îi

determină comportamentul, pacientul va deveni anxios în legătură cu încrederea pe care o poate avea în dumneavoastră, ceea ce probabil îl va determina să abandoneze terapia înainte ca dumneavoastră să-l puteți ajuta.

Apărările în consultații și în terapiile de scurtă durată

Acest demers este important atât în terapiile scurte și de lungă durată (cum este psihanaliza), cât și în timpul anumitor consultații (Blackman, 1994). Există adesea ideea greșită că o confruntare însoțită de interpretarea apărărilor inconștiente ar fi utilă doar în psihoterapiile de lungă durată (o dată pe săptămână, timp de cel puțin un an) sau în psihanaliză (3 până la 5 ședințe pe săptămână, timp de cel puțin un an). Există situații în care o interpretare dinamică făcută în cadrul unei consultații poate ajuta pacientul sau poate chiar avea un efect terapeutic asupra acestuia.

Doamna Jones, o femeie căsătorită, în vârstă de 30 de ani, a fost adusă pentru o consultație desfășurată în cadrul unui seminar pentru rezidenți (format din 6 persoane), de către medicii F și G, care aveau unele îndoieli cu privire la diagnosticul și tratamentul alese. Pacienta fusese propusă pentru ECT7, datorită unor simptome depresive ce nu cedaseră la tratament. Pacienta nu răspunsese favorabil la medicația antidepresivă și nici la „terapia de grup bazată pe insight”, ca metodă de tratament condusă de dr. F și dr. G, în decursul ultimelor patru luni.

Când i-am spus doamnei Jones că înțelegeam că este nefericită pentru faptul că tratamentele urmate nu au dat rezultate, ea a încuviințat râzând. [Comentariul făcut a fost unul empatie, cu rol clarificator – tehnică suportivă destinată stabilirii unei alianțe cu pacientul]. Am rugat-o apoi pe pacientă să îmi povestească despre problemele cu care se confrunta [furnizarea unor repere – ca tehnică dinamică].

Pacienta a început prin a spune că se simțise

deprimată încă din copilăria mică, datorită unor probleme în relația cu mama sa. După ce timp de câteva minute ea a vorbit despre acestea, am confruntat [tehnica interpretativă] regresia temporală ca apărare, prin sublinierea faptului că înțelegeam că existau numeroase motive din trecut care o făceau nefericită, dar pe de altă parte aveam sentimentul că evita să vorbească despre ceea ce se întâmplase în ultimele patru luni.

Comentariul meu a surprins-o într-o oarecare măsură, dar a răspuns că nu îi venea în minte nimic special petrecut în ultima perioadă; că nu exista „vreo întâmplare semnificativă”. A revenit apoi la convingerea că problemele sale începuseră încă de la vârsta de patru ani, când părinții săi se despărțiseră. [Am simțit că încă folosea regresia temporală, de această dată susținută și de intelectualizare, evitare și un transfer al ostilității rebele. Însă informațiile avute erau insuficiente. Prin urmare, am folosit o altă tehnică - explorarea - în vederea obținerii unor informații suplimentare]. Am întrebat pacienta dacă lucra undeva. A răspuns că nu; încetase să mai lucreze în urmă cu patru luni (!). Lucrase ca recepționar, deși avea o diplomă în matematică de la universitatea Stanford. Când am clarificat [tehnica interpretativă] faptul că dădea impresia că nu este prea sigură în legătură cu ce anume își dorește [tulburare a imaginii de sine ducând la difuzia identității], ea a confirmat imediat că acesta era unul din aspectele problematice importante. Nu știa încă ce dorea să facă, cefei de profesie îi putea da satisfacții. Când am întrebat ce își imagina că ar putea să îi facă plăcere [explorare suplimentară], a răspuns că încă din copilărie își dorise să fie coafeză; a început apoi să râdă, spunând că mama sa fusese contrariată de dorința ei. Cu o altă ocazie, în care ea îi povestise unei mătuși că dorea să devină însoțitoare de zbor, aceasta se enervase, susținând că ar trebui să se facă fizician! Doamna Jones a spus în continuare: „Singurul lucru pe care mi l-am dorit întotdeauna a fost să mă căsătoresc și să am copii... / Am

căzut de acord cu pacienta că exista o problemă nerezolvată legată de propria identitate.

Am adus apoi în atenția acesteia faptul că ne îndepărtasem din nou de la ce se petrecuse în urmă cu patru luni, cu puțin înainte ca ea să înceapă tratamentul [confruntarea mecanismelor de evitare, intelectualizare și regresie temporală]. Mai precis, am făcut observația că nu vorbise deloc despre relația maritală. Pacienta a recunoscut că îi era jenă [ea se apăra împotriva afectului] să vorbească despre problemele din relația de cuplu.

A explicat că își întâlnise soțul în facultate, pe când acesta era student la drept. Când, pe un ton mai curând lipsit de emoție, a spus că nu rămăsese niciodată însărcinată cu acesta, am subliniat că părea să vorbească detașat despre aceste lucruri și că probabil se simțea foarte frustrată, chiar dacă îi era greu să admită [interpretare dinamică a izolării afectului]. La început, ea a recunoscut că frustrarea era legată de faptul că nu rămăsese însărcinată, însă ulterior, folosind intelectualizarea și raționalizarea, a afirmat că oricum nu era sigură dacă în realitate își dorea „atât de mult” copii.

Ulterior a dezvăluit că de fapt rămăsese însărcinată, însă sarcina nu a fost confirmată medical până în urmă cu patru luni. După numeroase consultații medicale pentru o durere gastrointestinală, găsise în sfârșit un medic obstetrician principal ce diagnosticase corect existența unei sarcini ectopice localizată în trompa falopiană. Am explorat în legătură cu măsurile medicale pentru tratarea sarcinii ectopice, însă pacienta a evitat întrebarea, spunând cu tristețe cât de dificil fusese să găsească un doctor bun. Era îngrijorată de incertitudinile privind stabilirea unui diagnostic, dând impresia din nou de maturitate intelectuală și că „făcuse fată” deja la acea întâmplare nefericită.

Prin urmare, am interpretat această preocupare privind detaliile procesului diagnostic ca fiind în mare parte un mod de a se proteja de sentimentele dureroase

provocate de pierderea sarcinii. Ea a respins interpretarea, spunând că nu își permisese să trăiască această pierdere. [în schimb, ea probabil raționalizase că avea sentimente ambivalente în legătură cu maternitatea: deși își dorise întotdeauna copii, acum nu mai era sigură de acest lucru. Aparent, ea proiecta această vinovăție asupra medicilor pe care îi acuza că nu reușiseră să își dea seama că era însărcinată].

Doamna Jones a ținut să spună că „dorise să rămână în mod accidental însărcinată” cu un bărbat cu care avusese o relație înainte de a-l întâlni pe actualul soț. [Apariția unei noi informații însoțită de descărcare afectivă indică faptul că interpretarea a fost corectă.] A făcut imediat o programare pentru un avort, iar la momentul respectiv s-a simțit „eliberată”. Pacienta nu făcea nicio legătură între depresia actuală și această experiență dureroasă. [Aceasta mă făcea să cred că pacienta folosea ca apărare compartimentarea gândirii, pentru a gestiona conflictele intense legate de acest aspect]. Susținea că nu „spusese nimănui” despre avort – referindu-se de fapt la terapiile anterioare. S-a oprit pentru a se corecta, spunând că îi mărturisise recent soțului despre avort, și fusese surprinsă că acesta nu s-a supărat și nici nu avea de gând să o „părăsească”, așa cum ea se temuse că ar fi putut să facă. A mai adăugat faptul că sarcinile fuseseră o „problemă” în familia ei de origine. Mama sa îi spusese că nu își dorise sarcina în urma căreia se născuse doamna Jones.

La sfârșitul evaluării stării psihice a doamnei Jones, a reieșit faptul că era vorba de o femeie inteligentă, modest îmbrăcată și care nu prezenta tulburări la nivelul funcționării autonome a Eului, ce ar fi putut indica o tulburare psihotică (vezi capitolul 4). Nu exista niciun indiciu al folosirii distanțării în scop defensiv, specifică la pacienții borderline sau narcisici, care prezintă probleme legate de apropierea emoțională. Ea era mai curând foarte binevoitoare [formațiune reacțională], își reprimase

sentimentele dureroase și suferea datorită conflictelor la care nu găsisese încă o soluție, determinate de dorințele pulsionale sexuale și agresive.

Din moment ce în această ședință de consultație pacienta reacționase adecvat la interpretările privind evitarea sentimentelor dureroase, izolarea afectului, regresia temporală și intelectualizarea, ca apărări, am întrebat-o dacă nu dorea să înceapă o terapie intensivă individuală cu dr. F, în loc să meargă la cea de grup sau să încerce ECT. Ea a mărturisit că era entuziasmată de idee și încrezătoare, ceea ce nu se mai întâmplase de luni de zile.

După ce doamna Jones a părăsit încăperea, rezidenții și-au exprimat uimirea în legătură cu istoria complicată de viață a pacientei. Ei nu știuseră de avortul anterior căsătoriei și nici de sarcina extrauterină. Nu se gândiseră nici la conflictele trăite de pacientă, dintre statutul său profesional și cel de soție ce are grijă de casă și familie.

În exemplul de caz ce urmează, efectul terapeutic al interpretării apărărilor este și mai evident, ducând la dispariția simptomului pacientei după prima ședință de evaluare.

Un medic obstetrician m-a solicitat să o văd pe doamna F, o femeie căsătorită, în vârstă de 26 de ani, cu o sarcină aflată în ultimul trimestru, ce fusese internată la secția de obstetrică. Ea avea hiperemie gravidică (vomisme severe asociate cu sarcina) care nu cedaseră la administrarea de medicamente antiemetice.

În timpul consultației, am putut afla că doamna F nu își dorise această sarcină și în primul trimestru luase în considerare posibilitatea unui avort. În ciuda acestui fapt, soțul o presase să păstreze sarcina, deși cuplul mai avea încă trei copii și se confrunta cu severe probleme financiare. Aceste informații privind ambivalența pacientei față de o nouă sarcină (Freud, 1893; Blum, 1979) și faptul că avea un soț nesuportiv (Kaplan & Blackman, 1969) îmi sugerau că pacienta se apăra împotriva sentimentelor de

furie.

Ea a afirmat: „Trebuie să îl înțelegi pe soțul meu. Provine dintr-o familie numeroasă și întotdeauna și-a dorit cel puțin patru copii”. În următoarea jumătate de oră am discutat faptul că ea părea să aibă sentimente conflictuale deosebit de intense în legătură cu sarcina, dar că pe de altă parte găsea numeroase scuze (raționalizare) privind atitudinea dominatoare a soțului. Se pare că ținuse într-o mai mare măsură cont de dorința acestuia (formațiune reacțională), decât de propriile sale dorințe. Am mai spus că aveam impresia că încerca din răspuțeri să evite să fie critică la adresa soțului (inhibiția judecății critice, ca funcție a Eului investită agresiv), pentru că asta o făcea să se simtă vinovată atât pentru că îl dezamăgea, cât și datorită propriilor dorințe (ostil-distructive) de a face un avort.

Pentru un timp, ea a plâns cu suspine. După ce s-a calmat, a spus pe nerăsuflate: „Îmi vine să îl omor. Se gândește doar la el. Nu m-a ajutat niciodată să cresc copii! Probabil că sunt nebună să mai fac încă unul! Dar îmi iubesc bebelușul și nu vreau să îi fac rău!” Am interpretat că simțeam că dragostea pentru bebelușul său intra în conflict cu dorința de a nu mai avea un alt copil, ceea ce o făcea să se simtă vinovată. I-am spus că era posibil ca vomismențele să aibă mai multe semnificații simbolice: (a) erau un mod de a se autopedeși pentru ostilitatea resimțită la adresa bebelușului și a soțului; (b) exprimau dorința să nu păstreze sarcina. Acest lucru i s-a părut interesant și a continuat să îmi povestească despre ambivalența sa în legătură cu căsătoria și această nouă sarcină.

Când am revenit a doua zi pentru a vedea cum se simte, pacienta a spus că vomismențele încetaseră de 24 de ore, deși nu mai luase medicația antiemetică. Era convinsă că o ajutase faptul că discutase aceste aspecte cu mine. Vomismențele nu au mai reapărut pe perioada spitalizării, iar câteva zile mai târziu pacienta a fost

externată, fiindu-i prescrise și medicamente, în caz că ar mai fi avut nevoie.

VI.

Diagnosticul diferențial și alegerea tratamentului

Demersul de înțelegere a apărărilor patologice, așa cum a fost descris în capitolul 5, poate aduce schimbări terapeutice deosebit de benefice indivizilor aflați în suferință, însă doar dacă sunt îndeplinite următoarele condiții:

1. Aceștia să nu fie psihotici.

2. Să nu fi comis fapte penale grave (viol, omucidere, jaf armat, furt din proprietatea privată¹, abuzuri grave asupra copiilor).

3. Să nu prezinte deficiențe la nivelul următoarelor aspecte ale funcționării psihice:

Funcțiile autonome ale Eului funcția de integrare relativ intactă (să poată organiza gândurile și să rămână coerent)

capacitatea de abstractizare relativ funcțională (poate înțelege sentimentele semenilor, chiar dacă acestea nu sunt exprimate în mod direct, și înțelege simbolismul)

capacitatea de testare a realității relativ intactă (poate înțelege diferența dintre fantasmă și realitate)

O anumită capacitate de auto-observare

Supraeul poate resimți vinovăție sau rușine

Forța Eului capacitatea de a păstra ideile bizare în afara conștiinței (conținerea proceselor primare)

capacitatea de a nu recurge la consumul excesiv de substanțe; în general, să aibă control al impulsurilor

Relațiile de obiect un nivel adecvat de dezvoltare al încrederii și empatiei în relațiile interpersonale

Cu alte cuvinte, după evaluarea multiplelor operații mentale în scopuri diagnostice, este de asemenea important să se determine gradul de adecvare al pacientului pentru abordarea psihodinamică. Indivizii cu sindroame psihotice sau la limită, cu afecțiuni organice cerebrale sau care prezintă tulburări severe la nivelul

funcțiilor Eului și al relațiilor de obiect, în general nu pot fi tratați psihodinamic.

Dinamicile inconștiente (relațiile dintre pulsuni, afecte, Supraeu și apărări) suscită în așa măsură interesul terapeuților, încât mulți dintre aceștia (precum și majoritatea cărților de psihoterapie) se axează pe intervențiile de tip dinamic, fără o evaluare prealabilă a funcțiilor Eului și a capacității pacientului de a forma relații de obiect. Concluzia este că, în cazul indivizilor cu deficiențe ale funcțiilor Eului mai greu observabile, tratamentul cu ajutorul terapiei psihanalitice care vizează afectele și apărările nu va duce la obținerea unei ameliorări. Pe de altă parte, pacienți la care funcțiile Eului sunt intacte și care ar putea obține rezultate prin terapia bazată pe insight pot ajunge să fie tratați cu medicație și/sau terapie suportivă (vezi capitolul 7) și în mod similar, să nu obțină progrese pe măsura posibilităților.

Din cadrul funcțiilor autonome ale Eului, printre cele mai importante în evaluarea adecvării pacientului pentru orice tip de terapie bazată pe insight se numără următoarele:

1. Capacitatea de abstractizare.
2. Eul ca observator.
3. Un grad suficient de testare a realității.
4. Integrarea.
5. Concentrarea.
6. Senzorialitate intactă (vigilența) 2.

Funcția de integrare a pacientului trebuie să opereze la un nivel acceptabil pentru ca acesta să poată urma o terapie bazată pe insight. Dacă integrarea este deficitară, tratamentul nu va da rezultate chiar dacă terapeutul îi subliniază pacientului apărările inconștiente anterioare (ca de exemplu *proiecția* și *introiecția*) sau motivațiile inconștiente precedente (agresivitatea competițională sau sexualizarea simbolică). Pentru a obține ameliorări la nivelul relațiilor prezente și al simptomelor, indivizii trebuie să aibă capacitatea de a corela (integra) noile

înțelegeri privind propria personalitate. În cazurile de schizofrenie sau de tulburări borderline severe, la care funcția de integrare este afectată, informațiile privind conținuturile și mecanismele ce operau înconștient nu pot fi de regulă integrate, astfel că nu se obține un efect terapeutic. Din contră, interpretarea apărărilor ar putea copleși pacientul, perturbând funcționarea Eului la indivizii suferind de schizofrenie sau tulburare psihotică bipolară (Loeb & Loeb, 1987).

Prezența capacității de abstractizare este de asemenea absolut necesară în terapia bazată pe insight. Abstractizarea nu trebuie confundată cu inteligența. De fapt, există indivizi inteligenți ce nu prezintă un nivel ridicat al capacității de abstractizare. Pentru a beneficia de pe urma abordării psihodinamice, indivizii trebuie să aibă capacitatea de a înțelege conceptele abstracte și să se poată schimba pe baza acestor înțelegeri. De exemplu, individul trebuie să poată realiza că furia resimțită față de șef ar putea fi înconștient *deplasată* asupra soției.

Abstractizarea poate fi afectată într-un grad mai mare sau mai mic, independent de diagnosticul pacientului. Există situații în care indivizii prezintă deficiențe minore, ceea ce necesită doar o diminuare a ponderii interpretărilor, fără ca acestea să fie eliminate. Oricum, cu astfel de pacienți terapeutul trebuie totuși să facă succint legăturile dintre apărările conștiente sau înconștiente și afectele subiacente, pentru că, în caz contrar, schimbarea nu poate fi integrată. Din contră, la pacienții cu o foarte bună capacitate de abstractizare, oferirea de explicații și interpretări în exces de către terapeut poate fi resimțită ca un afront; cu astfel de pacienți doar menționarea apărărilor este adesea suficientă pentru obținerea insight-ului.

Dacă indivizii au o capacitate extrem de redusă de observare a propriilor conținuturi și procese mentale (Eul ca observator), terapia psihodinamică este chiar contraindicată. În cazul în care terapeutul nu îl poate ajuta

pe pacient să își dezvolte această funcție, rezultatul va fi cu siguranță un eșec.

Prin urmare, în cazul pacientului cu fobie legată de poduri, o confruntare preliminară a apărărilor în cadrul primului interviu ar putea lua forma: „V-ați gândit vreodată la posibilitatea ca evitarea podurilor să aibă o semnificație simbolică?” Pacienții care acceptă imediat ipoteza, realizând că teama ar putea fi *simbolică*, însă nu pot înțelege ce anume simbolizează, au făcut deja un pas important în vindecarea prin terapia bazată pe insight. Pe de altă parte, cei care se situează imediat în planul concret, spunând că „nu cred” în așa ceva și practic încep să *intelectualizeze* privitor la cauza fobiei, au în general un pronostic mai neclar în privința succesului acestei terapii. Ei ar putea avea nevoie de medicație psihotropă, dacă nu poate fi diminuat concretismul gândirii prin confruntarea acestuia ca apărare (vezi capitolul 3, apărări 48 și 52).

Puteți testa în cadrul primului interviu operațiile de integrare, abstractizare și observare a Eului întrebând, de exemplu: „Cum o vedeți pe mama dumneavoastră în timpul adolescenței și cum o vedeți în prezent, comparativ cu acea perioadă?” Astfel, puteți observa capacitatea pacientului de a folosi integrarea și funcția de observare a Eului – pentru a discuta la un nivel abstract despre trăsăturile părinților și a le compara cu modul cum acestea sunt percepute în prezent. (Mulți indivizi pot descrie mai ușor modul în care gândesc alte persoane, decât propriul fel de a gândi).

Acei indivizi care răspund că nu s-au gândit vreodată la ceea ce îi definește pe părinții lor, sau că nu pot conceptualiza ceea ce li se cere, prezintă un pronostic rezervat pentru terapia bazată pe insight. Un răspuns mai adecvat ar putea fi, de exemplu: „Interesant că ați întrebat asta, pe când aveam 13 ani mama era foarte îngăduitoare. Îmi permitea să vin și să plec oricând voiam; părea să aibă o atitudine relaxată cu privire la interesul meu tot mai mare pentru sexualitate. Însă pe la 18 sau 19 ani, ea

devenise foarte preocupată de ceva, și cred că avea legătură cu faptul că tata și ea nu se mai înțelegeau. Nu știu de ce, însă de când am născut mi se pare că s-a izolat și mă critică fără motiv, așa că ne vedem mai rar”. În acest caz, pronosticul este mai favorabil, datorită funcționării adecvate a Eului ca observator, a abstractizării și integrării.

Am convingerea, în urma anilor în care am predat, că mulți dintre practicienii și candidații în formare din domeniul psihiatriei nu fac o evaluare adecvată a acestor trei funcții - integrarea, abstractizarea și cea de observare a Eului - la pacienții cu care încep o terapie, în special atunci când aceștia prezintă o inteligență sau abilități sociale superioare (ca funcții distincte ale Eului). Drept urmare, terapeuții îi pot accepta pe aceștia pentru terapia orientată pe insight, deși pacienții nu sunt adecvați pentru o astfel de terapie. Acest lucru are consecințe nefavorabile pentru pacient. Mai mult, eșecul inevitabil al terapiei îi poate demoraliza pe terapeuți, care ar putea ajunge să *generalizeze*, să creadă că terapia dinamică este inefficientă și să se îndoiască de capacitatea lor de a apela la ea.

Diagnosticul fenomenologic este de asemenea utilizat în determinarea adecvării pacientului pentru a fi tratat prin această formă de terapie. În general, abordarea bazată pe insight este contraindicată în schizofrenie, din moment ce la majoritatea acestor pacienți capacitatea de integrare și cea de abstractizare sunt afectate. Cu toate acestea, o parte dintre pacienții cu schizofrenie și unii psihotici își pot menține relativ intactă funcția de observare a Eului, ceea ce le permite să-și dea seama atunci când boala se acutizează și să poată coopera cu terapeutul în vederea unei terapii suportive susținută în ambulatoriu.

De asemenea, nici indivizii cu deficiențe ale funcției de orientare și la nivelul senzorialității nu pot fi tratați astfel. De regulă, dacă este vorba despre o intoxicație

tranzitorie cu substanțe, va fi necesar un alt gen de abordare terapeutică pentru ședința respectivă. Cei cu intoxicații cronice necesită dezintoxicare, înainte de a se trece la discutarea mecanismelor de apărare utilizate, deși confruntarea prealabilă a *negării* gravității adicției i-ar putea face pe aceștia să accepte o dezintoxicare.

Deficiențele privind îngrijirea propriului corp, atunci când igiena și întreținerea funcțiilor generale sunt neglijate, constituie indicii ale unei schizofrenii latente. Excepții de la această regulă sunt cazurile de adolescenți sau adulți ce se răzvrătesc *simbolic* împotriva conformismului prin a nu se îngriji de propria înfățișare. Este necesară multă precauție înaintea luării în terapie a unor astfel de pacienți, și trebuie făcută o diferențiere atentă între cei la care capacitatea de integrare și cea de abstractizare funcționează adecvat și cei la care acestea sunt foarte reduse. La pacienții cu un aspect neîngrijit, cu dantura cariată, piele aspră și murdară, haine nespălate, aceste deficite sunt de regulă o contraindicație a tratamentului analitic.

Un domeniu ce ridică în mod particular dificultăți de evaluare se referă la funcția de autoconservare. Capitolul 8 este dedicat în întregime problemei evaluării riscului suicidal. Pe scurt, acei indivizi cu o istorie de tentative suicidare repetitive, aproape reușite, sau cei al căror comportament demonstrează nepăsare față de propria persoană, se încadrează adesea într-una dintre categoriile tulburărilor psihotice (datorită deficiențelor severe la nivelul câtorva funcții de bază ale Eului), însă aceștia pot fi greșit diagnosticați drept „cazuri limită cu adevărat rele” 3. Uneori, dacă indivizii cu risc suicidal prezintă un grad adecvat de integrare, abstractizare și observare a Eului, interpretarea *întoarcerii urii asupra propriei persoane* (precum și a altor apărări) poate fi utilă în prevenirea unor tentative suicidare viitoare. Pe de altă parte, când aceste capacități sunt deficitare, interpretarea dinamicilor este inefficientă întrucât riscul de suicid rămâne permanent

unul foarte ridicat, ceea ce face ca pronosticul să fie rezervat în privința oricărei forme de terapie. Când există deficiențe ale funcției de autoconservare, este indicată internarea în spital și alte abordări suportive, inclusiv administrarea medicației psihotrope (vezi capitolul 7).

Deficiențele de judecată sunt întâlnite frecvent, dar luate în sine nu constituie o contraindicație pentru terapia bazată pe insight. Mulți indivizi nevrotici sau imaturi prezintă dificultăți de judecată, la fel cum se întâmplă și în multe cazuri de pacienți borderline tratabili. Cu toate acestea, erorile severe de judecată cu privire la mediu și deficiențele grave ale funcției de testare a realității constituie contraindicații relative.

Problemele de adaptare nu reprezintă în mod necesar contraindicații ale terapiei-bazate pe insight, din moment ce mulți indivizi suferind de nevroză (fobică, obsesională, atacuri de panică) sau imaturi au funcțiile Eului suficient de dezvoltate, astfel încât să își poată, până la urmă, înțelege propriile dificultăți de adaptare (adesea datorate *inhibiției* defensive a judecății - vezi apărarea 48).

Privitor la inteligență, pentru evaluare sunt foarte importante aspectele implicate în înțelegerea problemelor și formularea de întrebări. O bună capacitate intelectuală a pacientului poate constitui un avantaj în travaliul terapeutic. Pe de altă parte, este cunoscut faptul că o inteligență ridicată, ce permite performanțe academice, poate coexista cu deficiențe severe de integrare și abstractizare. Schizofrenia paranoidă a fost adesea denumită „psihoza inteligenților”.

Limbajul și vorbirea sunt în general necesare pentru ca terapia bazată pe insight să fie eficientă, deși unii pacienți cu deficiențe de exprimare datorate unor cauze organice pot fi totuși tratați.

Doamna ST, o pacientă deprimată, în vârstă de 65 de ani, suferise de curând un blocaj la nivelul arterei cerebrale medii stângi, în urma căruia a rămas cu o afazie

expresivă, fără ca receptarea să fie afectată; adică putea înțelege limbajul, dar nu se putea exprima clar⁴. Modificarea cadrului terapeutic la care am recurs a constatat în faptul că, periodic, verbalizam anumite cuvinte, lăsând pacienta să aleagă răspunsul, în mod similar unui test cu răspunsuri multiple. Această metodă a rezolvat problemele datorate disnomiei (incapacitatea de a numi idei, persoane și lucruri), urmare a atacului cerebral. Doamna ST era capabilă să aleagă cuvântul corect atunci când eu îl menționam, chiar dacă nu putea face acest lucru singură.

Pacienta a înțeles că depresia suferită după atacul cerebral se datora în mare măsură folosirii mecanismului defensiv al întoarcerii vinovăției asupra propriei persoane, întrucât nu se mai putea ridica la nivelul idealului (Eului). Acest ideal se baza pe identificarea cu valorile maternelle.

Mama doamnei ST, fostă profesoară, o trimisese pe aceasta în copilărie să ia lecții de dicție. Astfel, pacienta ajunsese să valorizeze exprimarea verbală și se mândrea cu vocabularul și exprimarea sa clară, ca profesoară și directoare a școlii în care predă. Depresia de după atacul suferit avea drept cauză atât tristețea datorată pierderii capacității de exprimare, precum și sentimentele de vinovăție și rușine pentru că nu se mai putea ridica la nivelul idealului său de o viață, acela de a se exprima articulat, bazat pe identificarea cu mama.

Explicarea și înțelegerea acestor dinamici au contribuit într-o măsură importantă la vindecarea depresiei pacientei. Aceasta a reușit să își ajusteze considerabil așteptările referitoare la propria persoană conform realității curente, și nu standardelor maternelle cu care ea se *identificase* în mod defensiv.

VII.

Tehnicile terapiei suportive

Identificarea apărărilor este extrem de importantă, indiferent de tipul abordării terapeutice. Cu toate acestea, ceea ce urmează să faceți în continuare variază în funcție

de caz. Atunci când pacienții prezintă deficiențe severe la nivelul abstractizării, integrării și al încrederii bazale, este de regulă mai indicat să utilizați în tratarea acestora tehnicile terapiei suportive (Stewart & Levine, 1967; Blackman, 1994). Acest capitol se referă la tehnicile terapiei suportive bazate pe teoriile psihanalitice, iar o parte dintre acestea au în vedere apărările pacientului.

Repararea deficiențelor funcțiilor Eului

Odată ce ați stabilit că una sau mai multe funcții autonome ale Eului sunt deficitare, încercați suplinirea măcar a unui aspect al acestora, astfel încât pacientul să îl poată încorpora. În continuare sunt date o serie de metode empirice cu caracter general privind tehnicile pe care le puteți utiliza în încercarea de a trata pacienții cu deficiențe ale funcțiilor Eului.

Funcția de integrare

Deficiențele determină tangențialitate, circumstanțialitate, blocaj, incapacitate de conceptualizare și alte dezorganizări, ca de exemplu verbigeratie, „relaxarea asociațiilor” 1 și fuga de idei.

Prescrieți medicație antipsihotică (în doze mai reduse la pacienții borderline).

Opriti verbalizările dezorganizate ale pacientului, prin întreruperea discursului acestuia.

Organizați ședința astfel încât aceasta să vizeze probleme specifice.

Abstractizarea

Deficiența rezidă în caracterul concret al gândirii.

Explicați semnificațiile relațiilor, evenimentelor și ale altor aspecte pe care pacientul nu le poate înțelege: „cititul printre rânduri”.

Suțineți cu argumente și convingeți pacientul cu privire la semnificațiile acțiunilor semenilor, precum și motivațiile legilor, tradițiilor și obiceiurilor.

Testarea realității

Reinterpretați realitatea pacientului, în funcție de modul în care înțelegeți evenimentele relatate de acesta.

Prescrieți medicație antipsihotică sau trimiteți pacientul la un medic psihiatru.

Oferiți pacientului ipoteze cu privire la semnificația acțiunilor semenilor.

Furnizați analogii cu evenimente de viață ușor de înțeles.

Invalidați concluziile false ale acestuia.

Exprimarea verbală

Corectați greșelile pacientului privind utilizarea frazelor.

Oferiți sfaturi și modele lingvistice pe care pacientul să le poată utiliza în diferite situații dificile.

Autoconservarea

Confrunțați tendințele autodistructive ale pacientului (de exemplu, specificați faptul că anorexia este autodistructivă) (Wilson, Hogan, & Mintz, 1992).

Recomandați modalități mai adecvate de rezolvare a problemelor.

Faceți „interpretări” intelectualizate privind dinamica inconștientă.

Recomandați internarea în spital și/sau prescrieți medicare antidepresivă.

Adaptarea

Țineți cont de faptul că adaptarea poate fi aloplastică (manevrarea sau transformarea mediului) și autoplasică (ajustarea la mediu).

Faceți recomandări și încurajați adoptarea unor comportamente mai adaptative.

Practicarea acestora prin discutarea unor planuri de acțiune.

Oferiți raționalizări în scopul reducerii sentimentelor de rușine.

Judecata și anticiparea

Oferiți propriile raționamente cu privire la situații.

De la activitatea de joc la cea de muncă

Evalueați capacitatea persoanei de a munci.

Faceți recomandări ținând cont de capacitatea reală

a persoanei și modelați schimbări la nivelul Supraeului (de exemplu, „Eu aș...”).

Exemplu

Doamnei XK, o profesoară de liceu în vârstă de 40 de ani, îi făcea plăcere să predea limba latină, însă era deprimată în legătură cu viața personală. Se simțea singură și suferea pentru că nu avea prieteni. Întotdeauna locuise singură.

Pacienta dezvoltase a admirație combinată cu atracție sexuală față de o elevă de 15 ani căreia îi era profesoară. Doamna XK se întreba dacă ar trebui să o invite într-o seară la restaurant, raționalizând că probabil aceasta începuse deja să aibă întâlniri amoroase.

Am considerat că doamna XK prezenta o deficiență la nivelul testării realității și a capacității de conținere a fantasmelor ca procese primare. Era incapabilă să folosească fantasma pentru testarea acțiunilor, astfel încât să poată anticipa consecințele, iar capacitatea sa de abstractizare era limitată. Prin urmare, am sfătuit-o să nu pună în practică această fantasmă.

I-am explicat (versiunea mea asupra situației, pe care o consideram mai bine ancorată în realitate comparativ cu cea a pacientei) că era împotriva regulamentelor majorității liceelor ca profesorii să iasă cu elevi chiar și de același sex, la care se adăuga faptul că eleva respectivă era încă minoră, ceea ce însemna că planul doamnei XK încălca toate regulamentele.

Am adus și alte argumente, spunând că, dacă vreodată eleva se gândea să reclame faptul că profesoara o invitase în oraș, anticipam că doamna XK își va pierde locul de muncă ce îi aducea satisfacții și de care avea nevoie (judecată, anticipare și autoconservare). Fără tragere de inimă, pacienta a renunțat în final să o mai abordeze pe elevă (funcția reglatorie și controlul impulsurilor).

Întărirea forței Eului

Este necesară identificarea limitărilor privind forța Eului (ce includ toleranța la afect, controlul impulsurilor și capacitatea de conținere a proceselor primare – vezi Anexa 2), pe care să se bazeze ulterior persuasiunea, argumentarea, modelarea sau exprimarea înțelegerii de către terapeut. Modelele empirice ale acestor tehnici includ:

Verbalizarea răspunsurilor empaticice autentice.

Furnizarea unor variante cu rol de clarificare.

Educarea pacientului cu privire la societate, copii etc.

Exemplu

Un tânăr student homosexual, în vârstă de 21 de ani, care era alcoolic, dar nu mai băuse timp de câteva săptămâni, m-a sunat seara acasă, întrucât nu putea să învețe. El s-a plâns că „era cuprins de somnolență”, și îi era teamă că va ieși din nou în parc pentru a face sex neprotejat, ca mod de eliberare a tensiunii resimțite (prin urmare, expunându-se riscului infestării cu SIDA).

Ținând cont de toleranța la afect și capacitatea de control pulsional scăzute ale pacientului, mi-am exprimat întâi înțelegerea privind faptul că se simțea copleșit. Acesta mi-a mulțumit, după care m-a întrebat dacă îi puteam spune cum să se descurce în acea situație. L-am sfătuit să meargă la biblioteca universitară, unde putea găsi un loc retras pentru a studia, și periodic să își ofere pauze în care putea să vorbească cu prietenii, pentru distragerea atenției de la probleme și obținerea suportului emoțional. Pacientul a fost recunoscător pentru această idee și a pus-o în aplicare, evitând astfel escapadele din parc.

În situațiile în care există o deficiență a forței Eului sau la nivelul uneia dintre funcțiile acestuia, o altă tehnică ce vizează direct operațiile defensive constă în recomandarea de noi apărări mai adaptative.

Recomandarea de noi apărări

De regulă, în formularea recomandării luăm în

considerare următoarele apărări:

Reprimarea

Izolarea afectului

Intelectualizarea

Raționalizarea

Umorul

Minimalizarea (dar nu negarea)

Identificarea cu terapeutul

Generalizarea

Verbalizarea, în vederea contracarării atacurilor
proiective

Evitarea

Deplasarea conflictelor asupra unor aspecte sociale
și politice

Exemplu:

Un bărbat depresiv, de 47 de ani, profesor de limba engleză, ce suferea de schizofrenie și prezenta un risc suicidar incipient, nu își făcuse niciodată prieteni și predase toată viața în licee din câteva orașe mici aflate în sudul extrem al Statelor Unite. Disprețuise „bădăranii” întotdeauna, pentru că erau „lipsiți de cultură” și „nu aveau maniere”, în ciuda faptului că pacientul crescuse la o fermă din acea regiune.

Pe parcursul unui an de terapie suportivă săptămânală, am oferit ca alternative folosirea de: raționalizări, intelectualizări, disidentificarea față de părinți și modelarea după terapeut, precum și alte tipuri de apărări.

Am sugerat în cadrul terapiei posibilitatea ca el să se mute până la urmă într-un oraș mai mare (recomandare). Mi-am exprimat convingerea că s-ar fi simțit mai confortabil în preajma unor persoane mai educate (raționalizarea și apartenența la grup) și eram de părere că avea nevoie să se detașeze de imaginile părinților (persuasiune în vederea disidentificării). Am adăugat că, din propria experiență, era mai plăcut să locuiești în orașe mai mari (modelarea în vederea identificării cu

terapeutul), *întrucât evenimentele culturale (concerte de operă, simfonice, evenimente sportive profesionale)* aveau în general o calitate superioară (recomandarea sublimărilor și a condescendenței).

Pacientul a considerat că aceasta era o idee bună și a aplicat pentru un post de profesor la un colegiu dintr-un mare oraș, pe care l-a și obținut. Mai târziu mi-a scris, spunând că simțea că are mai mult „spațiu” și nu mai trebuia să se amestece cu „cei de rând” (raționalizare și condescendență). Mai mult, putea să se bucure de evenimentele culturale fără a se mai gândi la „cineva disponibil pentru o relație”.

Repararea deficiențelor la nivelul relațiilor de obiect

La indivizii ce recurg la diverse apărări în scopul distanțării emoționale defensive, se poate proceda în modul descris în continuare, cu mențiunea că astfel de tehnici sunt dificil de utilizat și pot avea adesea un efect opus celui scontat. Ar trebui probabil ca acestora să le atașez un avertisment de tipul celor întâlnite în sporturile extreme: „Nu încercați să faceți asta acasă!” Acestea sunt tehnici ce pot fi utilizate doar de către terapeuții experimentați sau de terapeuții ce lucrează sub supervizare.

Clarificarea apărărilor de distanțare.

Explicarea fantasmelor de pierdere a granițelor dintre sine și obiect împotriva cărora pacientul se apără.

Încurajarea persuasivă a pacientului de a regla distanța emoțională față de ceilalți (mai mare sau mai mică).

Oferirea în interacțiunea cu pacientul din cadrul ședinței a unei călduri emoționale rezervate, în formă sublimată, alternată cu perioade de tăcere (*distanțare*).

Precauție privind divulgarea informațiilor personale ce pot fi „accesate public” - cele pe care pacientul le poate obține cu ușurință în cadrul comunității din care faceți parte (de exemplu, opinii, valori, preferințe, strategii adaptative, sau pasiunile din timpul liber).

Dezvăluirea unor informații personale este de departe cea mai riscantă tehnică cu privire la relațiile de obiect, întrucât poate fi foarte ușor interpretată de pacient ca seducție. Gândiți-vă „de trei ori” 2 înainte de a furniza o astfel de informație, iar când faceți acest lucru, urmăriți cu atenție răspunsul pacientului. *Nu dezvăluiți* informații personale referitoare la sexualitate sau la propriile dificultăți. *Sub nicio formă nu atingeți pacientul.* (O strângere de mână la prima întâlnire cu acesta în sala de așteptare și la sfârșitul ședinței de încheiere a terapiei este un lucru uzual).

Rațiunea terapeutică în baza căreia terapeutul ar putea dezvălui informații personale rezidă în faptul că acest demers ar putea duce la o creștere a capacității pacientului de a forma relații de obiect și, consecutiv, la o creștere a forței Eului (Alpert, 1959). Dezvăluirea selectivă a informațiilor personale este adesea considerată mai puțin riscantă în tratarea copiilor. Pe de altă parte, un efect secundar al acestei tehnici în tratarea adolescenților și adulților constă în faptul că apropierea emoțională față de terapeut poate avea ca efect creșterea riscului suicidal – datorită intimității crescute cu terapeutul. Pacienții din categoria tulburărilor borderline – caz în care dezvăluirea de informații personale este adesea recomandată (Renick, 1999) – pot dezvolta anxietatea de fuziune a sinelui cu obiectul, datorată interacțiunilor gratificatoare cu terapeutul; în consecință, ei vor tinde să se apere de anxietate *devenind furioși* pe acesta. Însă faptul că terapeutul s-a purtat întotdeauna „frumos” cu ei le poate trezi vinovăție, astfel că ostilitatea va fi întoarsă asupra propriei persoane (Harley & Sabot, 1980, p. 178), luând forma unei tentative suicidare.

Există și alte tipuri de complicații asociate tehnicilor suportive. Prima constă în faptul că pacienții cu care lucrați ar putea începe să vă considere omniscienți. În al doilea rând, este posibil să nu înțelegeți adecvat situația pacientului și să proiectați involuntar asupra lui aspecte

referitoare la propria istorie și experiență. Prin urmare, recomandările și modelul oferit ar putea să nu țină cont de realitatea pacientului sau chiar să fie nocive.

Prin comparație, atunci când pacienți ce își *pot* folosi capacitățile de abstractizare și integrare (ca o condiție necesară în terapiile bazate pe insight) vă întreabă cum ați proceda pentru rezolvarea unei situații, ar trebui să interpretați acest lucru drept o manifestare *transferențială* în care dumneavoastră aveți rolul de „părinte” cu care pacientul dorește să se *identifice*. Ulterior, le puteți arăta că dacă le-ați gratifica o astfel de dorință, nu ar mai fi nevoiți să își accepte sentimentele neplăcute trăite față de propriii părinți.

VIII.

Apărările în evaluarea tendințelor suicidare

Evaluarea indivizilor suicidari este dificilă, datorită problemelor ce pot să apară la tot pasul, ceea ce poate avea consecințe periculoase atât pentru pacient (acesta poate comite suicidul), cât și pentru terapeutul care face evaluarea (există posibilitatea de a fi dat în judecată, dacă individul comite suicidul după evaluare).

Există o literatură bogată în domeniul suicidologiei, pe care nu voi încerca să o trec în revistă în acest capitol. (Pentru o bibliografie utilă, vezi Cutter, 2002). Aș dori mai curând să prezint un rezumat a ceea ce cunoașterea psihologică generală consideră a fi factorii care pot crește riscul de comitere a suicidului în evaluarea psihologică. După aceea, putem *adăuga*, pentru precizie, cunoștințele teoretice și de tehnică terapeutică referitoare la apărări.

Criteriile demografice pentru riscul suicidar ridicat

Vârsta: adolescență sau bătrânețe.

Rasa: cea caucaziană prezintă o incidență mai mare decât cea afro-americană (U. S. Public Health Service, 1999)

Tentativa suicidară anterioară: în 40% dintre sinucideri există o tentativă anterioară (Jacobs, Brewer, & Klein-Benheim, 1999)

Istoricul familial al tentativelor suicidare

Idei anterioare sau concomitente cu privire la omucidere Sexul: raport de 3: 1 în favoarea femeilor pentru tentativele suicidare; 3: 1 în favoarea bărbaților în cazurile de suicid reușit

Disponibilitatea armelor sau a altor mijloace pentru realizarea actului

Consumul de droguri și alcool, abuzul de substanțe și retragerea emoțională (Şederer & Rothschild, 1997): incidență a suicidului de 220/100.000, adică de 20 de ori mai ridicată decât la nivelul populației generale (11/100.000) (U. S. Public Health Service, 1999)

Comunicarea de către individ a planurilor suicidare: în 70% dintre cazuri (Jacobs et al., 1999)

Persoanele aflate în detenție: rata sinuciderilor este de trei ori mai mare decât la nivelul populației generale = 33/100.000 (Şederer & Rothschild, 1997)

Criteriile de risc suicidar ridicat cauzate pe diagnostic

Schizofrenia (risc ridicat, întotdeauna): 10 - 15% adică, 10.000 - 15.000/100.000 (Şederer & Rothschild, 1997) Depresiile majore, în special cele legate de pierderea obiectului (Blatt ș.a., 1984 a, 1984 b)

Impulsivitatea accentuată (personalitățile impulsive) (Jacobs, 1999)

Personalitatea de tip borderline: incidența suicidului este de 45% când se asociază cu depresie și consumul excesiv de substanțe (Davis, Gunderson, & Myers, 1999) Personalitatea masochistă sau simptome de acest tip Incapacitatea de protejare a propriei vieți (factor controversat)

Lipsa de speranță și sentimentul neajutorării (Rochlin, 1965; Beck & Steer, 1988; Cassem, 1988): pesimism cu privire la viitor, pierderea motivației și diminuarea așteptărilor.

Criteriile lui Schneidman (1999) pentru risc suicidar ridicat

Caracterul letal - gradul de pericol mortal al încercării

Perturbarea - starea de dezorganizare mentală

Distructivitatea - patternuri de comportament sau acțiuni cu caracter autodistructiv.

Caracterul letal

La pacienții cu tentative suicidare trebuie luat în considerare cât de aproape de reușită a fost încercarea. Pentru cei care nu au avut nicio tentativă, dar prezintă ideea suicidară, se ia ca factor de risc caracterul distructiv al fantasmelor acestora. De exemplu, dacă individul se gândește să ia o supradoză de alprazolam (Xanax), pericolul nu este extrem, întrucât este puțin probabil ca supradoza să îi fie letală. Din contră, un individ care se gândește să sară de pe un pod sau să intre cu mașina în parapetul de beton prezintă un risc mult mai mare.

Perturbarea în plus, gradul de perturbare al individului ar putea influența creșterea riscului suicidar. Acesta reflectă de regulă forța Eului (toleranța la afect, controlul impulsurilor și gradul de conținere a fantasmei).

Distructivitatea în ultimul rând, dacă indivizii au ca trăsătură caracterială ura îndreptată asupra propriei persoane (adică au în mod regulat comportamente autodistructive), probabilitatea unei tentative suicidare este mai mare.

Tentativele suicidare „disimulate” sunt cele mascate de raționalizări, în care „realitatea” pare să nu sugereze o tentativă suicidară. Cele mai comune sunt accidentele de mașină în care este implicată doar persoana în cauză.

Criteriile lui Litman și Tabachnick (1967) pentru riscul suicidar ridicat

Anumite cazuri suicidare sunt atipice și nu prezintă în mod necesar criteriile standard. De exemplu, există tipologia individului predispus la suicid, comparativ cu cea a individului predispus la accidente.

Individul predispus la suicid

„Învins, dependent, pasiv, inactiv, se simte constrâns”.

„Neajutorat, lipsit de speranță, extenuat... confuz”
(vezi de asemenea Weiss & Hufford, 1999)

pierderea obiectului iubit simbiotic, ceea ce determină „fantasme... de eliberare, repleiere, pedepsire, răzbunare, renaștere și reuniune”.

Individul predispus la accidente

„Urmărește să câștige, impulsiv și decis, independent, iubește aventura”.

„Este rebel și sfidează autoritatea”.

nu suportă „să fie încorsetat sau să își piardă autonomia”.

are tendința contrafobică de a-și dovedi invulnerabilitatea.

Criteriile lui Durkheim pentru riscul suicidar ridicat
(1897, extrase din Jones, 1986)

Altruismul - a salva propria onoare sau pe cea a celui alt *Egoismul* - înstrăinarea de cei apropiați

Anomia - pierderea reperelor sociale (catastrofă existențială majoră); pierderea reputației/sentimentul de umilire

Tipul altruist

Sinuciderile din altruism sunt relativ rare în civilizația occidentală modernă. Desigur că *Harakiri* a fost practicat în Japonia timp de secole, atunci când umilința individului devenea insuportabilă. În clinică, puteți întâlni acest tip de ideatie suicidară la indivizii care, în urma unei pierderi financiare, consideră că moartea lor va aduce un beneficiu familiei, prin încasarea asigurării de viață.

Tipul egoist

Ideatia suicidară cu caracter egoist poate să apară atunci când separarea de persoana iubită determină credința că pierderea este una permanentă, urmată de o singurătate cronică.

Tipul anomic

Trăsăturile anomice se întâlnesc, de exemplu, în

situațiile în care cineva și-a pierdut copilul. Intensitatea traumatică a evenimentului poate precipita la indivizii vulnerabili apariția ideății suicidare. Și șocul pierderii reputației poate fi cauza unei tentative de suicid. Acesta din urmă pare să fie cazul amiralului Michael Boorda (Holliman, 1996), care aparent s-ar fi sinucis în urma umilinței publice suferite după ce *Newsweek* a scris despre obținerea pe nedrept a unor decorații militare.

Criteriile lui Menninger (1933) pentru risc suicidar ridicat

Gândurile suicidare implică conflicte determinate de dorințele de a muri, de a ucide sau a fi ucis. Acești trei factori au o semnificație simbolică și sunt supradeterminați de diverse alte conflicte specifice fiecărui individ. Sentimentul de vinovăție, imposibilitatea realizării dorinței de a ucide și ambivalența datorată urii față de obiect pot avea o contribuție la preocupările suicidare. Acestea corespund conceptului lui Freud (1917) referitor la doliul permanent, nerezolvat ca urmare a întoarcerii ostilității asupra unei reprezentări interne ambivalente a obiectului pierdut, deopotrivă iubit și urât.

Criteriile lui Jacobs (Davis ș.a., 1999) pentru riscul suicidar ridicat

Componentele de rangul I

Impulsivitatea

Trăsăturile antisociale (inclusiv lipsa de onestitate)

Distanțarea în relațiile interpersonale Narcisismul patologic Tendințele la automutilare

Psihoza asociată cu tentative suicidare bizare

Centrarea pe impulsivitate și lipsa de speranță

Componentele de rangul II

Abuzul de substanțe

Componentele de rangul III

„Probabilitatea de suicid”, în urma evaluării psihodinamice

Componentele de rangul IV

Personalitatea de tip borderline: asociată cu o

probabilitate crescută de suicid reușit, coexistând cu:

1. Suferința psihică intolerabilă
 2. Lipsa speranței/sentimentul neajutorării
 3. Ambivalența
 4. Restrângerea câmpului gândirii
 5. „Ieșirea din situație”: tendința de trecere la act
- Criteriile lui Akhtar (2001) pentru riscul suicidar

ridicat – „cei 7 D1*”.

Dezorganizarea gândirii

Dezorganizarea vieții sociale

Duplicitatea (lipsa de onestitate) (Dorpat & Boswell, 1964)

Durerea (boala organică)

Drogurile sau alcoolul (consumul excesiv)

Deteriorarea stimei de sine

Desconsiderarea pacientului (datorată antipatiei terapeutului)

Dezorganizarea gândirii

Această trăsătură se întâlnește în stările psihotice sau aproape psihotice. Prin urmare, dacă gândirea unui pacient suicidar pare dezorganizată, aceasta indică un diagnostic la limita între tulburarea borderline și psihoză, cu probabilitatea apariției unei tentative suicidare.

Dezorganizarea vieții sociale

Poate consta în probleme datorate unor relații extraconjugale, conflicte în relațiile dintre un individ heterosexual și partenerul acestuia homosexual, sau alte situații asemănătoare unui serial melodramatic. Însă acest gen de dificultăți nu ar trebui tratate cu superficialitate.

Duplicitatea (lipsa de onestitate)

Atunci când indivizii ce ajung la camera de urgență par să vă ascundă adevărul, o regulă generală este să decideți internarea acestora. Lipsa de onestitate poate fi dificil de detectat, însă un pic de intuiție, precum și surprinderea unor contradicții evidente vă pot folosi drept indicii.

Un bărbat de 43 de ani a fost adus la camera de

urgență în urma unui accident în care doar mașina sa fusese implicată. La început, acesta i-a spus medicului de gardă că adormise la volan. Ulterior, a recunoscut față de o asistentă că, de fapt, dorise să se sinucidă din cauza unei dispute purtate la telefonul mobil cu fosta soție, însă el o asigurase pe asistentă că a renunțat la astfel de gânduri suicidare. La câteva ore după externarea din spital, pacientul s-a sinucis.

Durerea (boala organică)

Bolile organice, în special cele foarte grave, de tipul cancerului, îi pot cauza individului atât o diminuare considerabilă a sentimentului propriei valori, cât și sentimente intense de ură fără obiect. Prin urmare, bolile organice cresc probabilitatea suicidului.

Drogurile sau alcoolul (consumul excesiv)

Acestea au un efect dezinhibant asupra judecății și produc o diminuare a controlului impulsurilor; deficiența se poate instala brusc, ca în intoxicațiile acute, sau treptat, cum este cazul consumului de alcool în exces. La acestea se adaugă faptul că mulți indivizi care consumă droguri ascund adevărul. Drept urmare, dacă puteți detecta antecedente ale consumului excesiv de droguri, atunci riscul suicidar este sporit. Când cel evaluat nu este onest, riscul se intensifică.

Mai mult, majoritatea indivizilor care consumă droguri au deficiențe în ceea ce privește îngrijirea corporală (Gabbard, 1994) și controlul impulsurilor (Trece & Khantzian, 1986).

Deteriorarea stimei de sine

Deteriorarea stimei de sine poate îmbrăca un caracter generalizat. Cu cât individul se simte mai lipsit de valoare, plin de ură, inutil și stupid, cu atât suicidul este mai probabil. Manifestați precauție atunci când un individ cu o tentativă suicidară recentă vă spune: „Am fost un prost...”, chiar dacă expresia este folosită în scopul de a vă asigura că nu mai există riscul repetării tentativei. Regretul legat de greșeala făcută poate să nu reflecte o

creștere a forței Eului, ci mai degrabă o intensificare a urii și desconsiderării față de propria persoană.

Desconsiderarea pacientului

(datorată antipatiei terapeutului)

Unul dintre aspectele cele mai interesante subliniate de către Akhtar se referă la creșterea riscului suicidar atunci când dumneavoastră, ca terapeut, începeți întrucâtva să resimțiți antipatie la adresa individului pe care îl evaluați. Puteți observa că ați dori ca interviul să se termine cât mai repede. Este posibil să vă fie greu să vă concentrați, sau să conștientizați că pacientul vă trezește iritare – uneori, în timp ce discutați cazul respectiv cu un coleg. Principalul motiv al antipatiei trezite de indivizii suicidari rezidă probabil în folosirea defensivă de către aceștia a *identificării proiective*, prin care în mod subtil vă induc ostilitatea și ura considerabile resimțite față de propria persoană. Din moment ce aceștia își pot întoarce ostilitatea *asupra propriei persoane*, iar dumneavoastră vă puteți *identifica* cu criticismul resimțit de aceștia față de ei înșiși (și să deveniți critic la adresa lor), ambele afecte sugerează că acest gen de indivizi ce vă displac prezintă un risc suicidar mai mare.

Criteriile Psihologiei Eului și ale teoriei relațiilor de obiect pentru riscul suicidar ridicat

Explicații paralogice date situațiilor de viață complicate

O femeie în vârstă de 23 de ani, care lucra în marină, a fost transportată de urgență de pe navă cu elicopterul la spital, în urma unei tentative suicidare. În timpul evaluării, ea a explicat că nu mai dorea să trăiască, pentru că toată lumea se purta urât cu ea.

Ea fusese logodită cu un militar din marina de coastă. La ceva timp după ce plecase în misiunea pe mare, aceasta s-a îmbătat și a avut raporturi sexuale cu unul dintre colegi, iar spre surprinderea sa, a rămas însărcinată. Ea i-a cerut marinarului respectiv să o ia de nevastă, însă acesta a refuzat. Atunci și-a sunat logodnicul, căruia i-a

spus că trebuiau să se căsătorească imediat, întrucât rămăsese însărcinată cu un coleg. Logodnicul a rupt relația. Atunci ea și-a tăiat venele.

Când mi-a fost prezentat cazul, am recomandat internarea pe termen lung a pacientei, datorită tendințelor suicidare determinate de gândirea sever paralogică, ca indiciu posibil al unei schizofrenii latente, cu aparență de nevroză (Hoch & Polatin, 1949).

„Premeditările actului” sau echivalentul

Acei indivizi care „plănuiesc” comiterea actului suicidar prezintă un risc ridicat. Deși nu au pus încă în practică planurile, ei suferă de o deteriorare progresivă a funcției de integrare și de o diminuare a relației cu realitatea (Frosch, 1964). Nuvela lui Aiken (1974) *Silent Snow, Secret Snow* descrie artistic o astfel de deteriorare psihică, după cum face și Sylvia Plath în *The Bell Jar* (2000). În practica clinică, indivizii cu deficiențe atât de severe la nivelul Eului reprezintă un pericol atât pentru propria persoană, cât și pentru semenii.

Refuzul conștient de a divulga detalii privind ideea/planul suicidar încercarea, în adevăratul sens al cuvântului, de a evalua și ajuta indivizii suicidari constituie o experiență neobișnuită în condițiile în care aceștia vă spun că nu vă privește cum sau când plănuiesc săvârșirea actului. La baza refuzului lor se află cel mai adesea o apărare împotriva anxietății de fuziune a sinelui cu obiectul, diferită de cea întâlnită la pacienții „borderline”. În acest caz, problemele de relație a sinelui cu obiectul sunt complicate de pierderi ale contactului cu realitatea și deficiențe în testarea acesteia. Din propria experiență, indivizii ce utilizează această strategie tind să fie psihotici și prezintă un risc suicidar deosebit de mare. (Pentru o opinie contrară, vezi discuția lui Akhtar [1992 b] privind terapiile cu pacienții săi cu tulburări paranoide de personalitate).

Imposibilitatea rezolvării conflictelor precipitatoare – cu precădere cele interpersonale

Când indivizii se prezintă la consultație având în viața personală probleme extrem de complicate și angoasante, ce îi fac să se simtă lipsiți de speranță, aceștia prezintă un risc suicidar ridicat. Acest lucru este în special valabil atunci când există aspecte extrem de dureroase și insurmontabile.

Doamna RR, de 44 de ani, era suicidară. Cu cinci ani în urmă, soțul îi rupsesse piciorul în timpul unei altercații, lăsând-o în imposibilitatea de a mai munci. Ea terminase doar nouă clase, pentru că mama sa, o prostituată, murise bolnavă de sifilis.

La momentul consultației, una dintre fiicele pacientei se afla în închisoare pentru furt. Doamnei RR îi rămăsese în îngrijire nepoata în vârstă de 3 ani, pentru care primise un ajutor de la AFDC. Întrucât se deplasa cu dificultate și lua medicație analgezică, într-una din nopți doamna RR nu s-a putut trezi; fetița a ieșit pe stradă, a fost găsită de vecini și luată de aceștia acasă, iar pacienta a pierdut custodia fetei datorită neglijenței.

Soțul pacientei se afla de asemenea în închisoare pentru omor din culpă (fiind băut, el lovise mortal un bărbat). Doamna RR primea un ajutor social datorită tulburării sale psihice (depresie majoră), era supraponderală cu aproximativ 23 kg și nu avea niciun alt interes în afară de acela de a se uita la televizor.

Datorită caracterului ireconciliabil al problemelor sale interpersonale, doamna RR prezenta la acel moment un risc suicidar ridicat.

Destrămarea unui mariaj încheiat înainte ca femeia să fi împlinit 19 ani sau bărbatul 23

Aceste limite de vârstă sunt întrucâtva orientative, plus/minus câțiva ani; ideea este că indivizii care nu și-au încheiat cea de-a doua etapă de separare-individuare corespunzătoare adolescenței sunt predispuși să formeze relații de tip simbio. tic. În general, femeile încheie procesul de separare-individuare cu câțiva ani mai devreme decât bărbații (însă există numeroase excepții

privind ambele sexe).

Relațiile simbiotice implică ideea că cei doi parteneri sunt „unul”, iar fiecare dintre aceștia nu poate supraviețui în absența celuilalt. Prin urmare, iubirile din adolescență conțin de regulă intense elemente narcisice – iubirea presupune că partenerul este considerat ca fiind „parte” din sine. Când ruperea relației duce la separarea „celeilalte” părți a Sinelui, o ură masivă și violentă față de partenerul anterior iubit ar putea fi eliberată, dând naștere ideății de ucidere a acestuia (ceea ce Kohut [1971] numește „produse agresive ale rupturii”). Însă, pentru că astfel de dorințe intră în conflict cu sentimentele de iubire, ura intensă poate *fi întoarsă asupra propriei persoane*. Alternativ, pierderea stimei de sine datorată despărțirii de partener poate alimenta fantasme intense referitoare la lipsa valorii personale și „goliciune sufletească”, ceea ce, de asemenea, constituie un factor de risc.

Chiar și în cazul indivizilor mai vârstnici ce s-au căsătorit în timpul celei de-a doua etape de individuare, o ruptură maritală poate conduce la apariția dinamicilor descrise anterior.

Este util să vă exprimați mai întâi înțelegerea privind caracterul simbiotic al relației și pierderile consecutive trăite de individ la nivelul imaginii de sine și al sentimentului propriei valori. Rămâne de văzut dacă acesta vă dă dreptate și începe să asocieze pe problema identității și a imaginii de sine. Sau ședința se poate axa pe dinamica vinovăției trezite de eliberarea furiei intense. Oricum, întrucât forța Eului este de regulă limitată la indivizii cu relații simbiotice cronice, astfel de interpretări simt adesea insuficient integrate pentru a-și dovedi efectul terapeutic. Prin urmare, riscul de suicid rămâne unul ridicat, fiind necesară adoptarea unor măsuri care să îl protejeze pe individ.

Criteriile teoriei apărărilor pentru riscul suicidar ridicat

Când un individ a avut de curând o tentativă

suicidară sau prezintă ideatie cu caracter suicidar este firesc ca evaluatorul să empatizeze cu sentimentele de tristețe și depresie ale acestuia. Pe de altă parte, este extrem de important să rețineți că aproape întotdeauna, individul suicidar poate reprezenta un pericol sau chiar poate avea idei criminale. În ziare puteți găsi numeroase articole despre situații în care cineva a încercat să împiedice un suicid și a sfârșit prin a fi ucis de către individul suicidar.

În cele ce urmează, vă recomand ca, pe lângă identificarea criteriilor anterioare, să luați în considerare și evaluarea tendințelor suicidare ținând cont de răspunsurile individului la interpretarea apărărilor. Vă rog să rețineți faptul că: (a) nu este nevoie să faceți acest lucru dacă în urma examinării criteriilor standard ați obținut suficiente informații ce atestă că individul își pune viața în pericol; (b) tonul vocii dumneavoastră trebuie să exprime înțelegere; și (c) în măsura în care interpretarea apărărilor pune în discuție convingerile individului suicidar, acestea constituie o abordare „agresivă”, foarte similară chirurgului ce utilizează scalpelul – însă acest tip de intruziune în modul de a gândi al pacientului, deși îl poate tulbura pe moment, îi poate *salva acestuia viața*. Pentru a decide că individul prezintă un risc suicidar ridicat, se iau în considerare *răspunsurile negative sau inadecvate la interpretarea inițială a apărărilor*. Conflictele și apărările pe care urmărim să le confruntăm sunt următoarele:

Întoarcerea furiei asupra propriei persoane
autopedepsirea ca apărare împotriva vinovăției
minimalizarea sentimentelor dureroase datorate pierderilor suferite
formațiunile reacționate, ca protecție împotriva vinovăției trezite de furie
socializarea, ca opusă rușinii produse de ideile suicidare încărcate de furie
provocarea masochistă a celorlalți pentru eliberarea de vinovăție
retragerea/replierea emoțională din relațiile de obiect, ca apărare împotriva rușinii/durerei
clivajul pentru evitarea sentimentelor de rușine și neîncredere asociate cu

recunoașterea consumului excesiv de substanțe sau a fantasmelor cu conținut suicidal *imprecizia, reticența, comportamentul evaziv identificarea cu agresorul și/sau cu victima negarea* unei realități dureroase întoarcerea furiei asupra propriei persoane

După ce ați înțeles pe cine este pacientul furios și i-ați explicat că redirecționează furia asupra propriei persoane pentru a se elibera de vinovăție sau tensiune, atunci când el nu „înțelege” și spune: „Nu îmi pasă!” sau nu dă un răspuns integrat, probabil că nu prezintă suficientă capacitate de integrare și abstractizare pentru a beneficia de pe urma interpretărilor. Altfel spus, insight-ul este dificil de obținut, iar riscul suicidal este foarte mare. Este absolut necesară internarea pacientului și combinarea unor abordări terapeutice diferite: cea suportivă (vezi capitolul 7), terapia de familie și medicația psihotropă.

Autopedepsirea ca apărare împotriva vinovăției

Are legătură cu mecanismul provocării pedepsei în scopul eliberării de sentimentele de vinovăție.

De exemplu, un marinar în vârstă de 18 ani s-a simțit umilit după primirea unei sancțiuni administrative pe motiv că absentase nemotivat (U/A în marina americană). Fiind convins că astfel își dezamăgise părinții, el a intrat intenționat cu mașina într-un copac (a supraviețuit în urma accidentului). Rezidentul care l-a internat a încercat să interpreteze gestul ca pe o condamnare a pacientului la pedeapsa cu moartea, pentru a se elibera de vinovăție. Deși pacientul a confirmat interpretarea, el a continuat să susțină că merita să moară. Pe perioada spitalizării, vinovăția sa irațională a putut fi diminuată ca urmare a unei ședințe la care au participat și părinții (tehnici suportive de introducere a unor elemente de realitate și restabilire a relațiilor de obiect semnificative). Această abordare s-a dovedit întrucâtva mai eficientă decât interpretarea.

Minimalizarea sentimentelor dureroase datorate

pierderilor

Când indivizii au suferit o pierdere serioasă, în general a unei persoane iubite sau uneori a unei deprinderi, și nu pot face doliul acestei pierderi, se poate vorbi despre un factor de risc. Nu atât realitatea pierderii recente constituie un factor diagnostic, cât mai ales *minimalizarea* (sau *reprimarea* completă) a sentimentelor dureroase. Tristețea intensă este un tip de afect depresiv, iar dacă această intensitate devine suficient de mare, poate bloca capacitatea Eului privind toleranța la afect, urmată de o slăbire graduală a funcției de autoconservare. Situația este cu atât mai gravă, cu cât în urma confruntării *minimalizării* pacientul nu poate descărca afectele, ceea ce face ca reintegrarea și adaptarea la realitatea pierderii să nu se poată realiza (Tarachow, 1963).

Formațiunile reacționale și raționalizările ca protecție împotriva vinovăției trezite de furie

Atunci când o femeie care a fost agresată fizic de către soț devine suicidară, acordați atenție următoarelor apărări pe care aceasta le poate utiliza. Atitudinea sa este „prea binevoitoare” atunci când spune că „încă își iubește” soțul. De fapt, opusul este adevărat. Ea dorește să îl omoare, însă se simte prea vinovată pentru aceste dorințe; prin urmare, utilizarea *formațiunii reacționale* ca apărare transformă convingerile sale în opusul lor. Dacă după ce ați subliniat *formațiunile reacționale*, pacienta totuși continuă să le susțină cu convingere, puteți încerca de asemenea să confrunțați *raționalizările* ei („el a avut o copilărie dificilă; nu se poate controla” etc.) folosite pentru a se elibera de vinovăția trezită de dorințele criminale.

Notă: Este mai indicat să aduceți în discuție aceste apărări înainte de a încerca să utilizați tehnicile suportive. În caz contrar, dacă încercați să asigurați pacienta că *este îndreptățită* să fie furioasă pe soț, sau ceva asemănător, este foarte probabil ca ea să mobilizeze ca apărări *formațiunea reacțională* și *raționalizarea*. Cu toate acestea, când astfel de interpretări nu reușesc să o ajute să admită

sentimentele de furie și vinovăție, precum și pericolul real reprezentat de soț, atunci se recomandă internarea combinată cu abordările suportive ce vizează în mod direct situația de viață a pacientei – de exemplu, să o ajutați să ajungă la un „acord de pace” cu soțul.

Socializarea, ca opusă rușinii produse de ideile suicidare încărcate de furie

După o tentativă suicidară sau mărturisirea existenței ideatiei suicidare, să spunem față de soție, un bărbat își începe consultația de evaluare făcută la camera de urgență prin a vă întreba: „Ați reușit să vedeți meciul cu Tiger Woods în Open-ul din această după-amiază?” Acesta este un exemplu de utilizare a *socializării* ca apărare. Alternativ, el ar putea spune: „Îmi pare rău că v-au întrerupt de la urmărirea partidei de golf, doctore. Mi-aș fi dorit și eu să o pot vedea astăzi”. Mecanismele socializării ca apărare au adesea rolul de a-l elibera pe individ de sentimentul rușinii. Aceasta se poate datora temerii că este bolnav psihic (datorită ideatiei suicidare) sau că a „pierdut controlul”.

Încercați să interpretați socializarea ca apărare (de exemplu: „Presupun că, dacă am începe să vorbim despre turneul de golf, nu va mai trebui să ne gândim că ați putea avea o suferință psihică, deși am înțeles că de curând ați încercat să vă sinucideți. Probabil că este o situație jenantă pentru dumneavoastră”).

Dacă pacientul nu cooperează (de pildă, răspunde ceva de genul: „Ascultă, doctore, și tu ești unul dintre cei care vede un sens în orice lucru lipsit de importanță? Făceam doar conversație. Serios, nu este nimic în neregulă cu mine; a fost doar un gest prostesc să înghit toată aspirina din acel flacon. Nu ai de ce să te îngrijorezi că aș putea face acest lucru din nou”), gândiți-vă în mod serios la internarea acestuia.

Provocarea masochistă a celorlalți pentru eliberarea de vinovăție

Domnul CC, un bărbat celibatar în vârstă de 27 de

ani, a venit la camera de urgență pentru a fi ajutat, întrucât se gândea că își va face singur rău. Rezidentul psihiatru a aflat că partenera îi mărturisise de curând domnului CC că îl înșela cu altcineva. Această situație se repetase de câteva ori. Medicul rezident a considerat că pacientul căuta în mod deliberat pedeapsa, și prin urmare i-a spus acestuia că aparent își atrăgea în mod repetat pedepsele asupra sa. Domnul CC a consimțit, după care a mărturisit că își înșelase partenera cu ceva timp în urmă și, după recunoașterea infidelității, îi sugerase acesteia să procedeze la fel, pentru a-și lua revanșa.

Când rezidentul i-a subliniat domnului CC că ideea suicidară părea să aibă rolul de a-l elibera de vinovăție și că din același motiv își provocase prietena să-l facă să sufere, acesta a asociat la cele întâmplate faptul că întotdeauna sexul îi trezise vinovăție. El se simțea vinovat în special pentru unele jocuri sexuale în care se angajase cu sora sa, pe vremea când ambii erau adolescenți.

Se pare că ședința de evaluare a avut ca efect diminuarea intenselor preocupări suicidare ale pacientului. La solicitarea acestuia, rezidentul i-a stabilit o nouă ședință pentru dimineața următoare. Domnul CC a urmat o psihoterapie intensivă pe termen scurt desfășurată în ambulatoriu, care s-a dovedit benefică. Dacă pacientul nu ar fi dovedit la primul interviu o bună integrare și înțelegere a propriilor dificultăți, însoțită de diminuarea ideății suicidare, rezidentul ar fi fost nevoit să îl interneze în spital (vezi și capitolul 5, „Ordinea interpretării”, exemplul 2).

Retragerea/replierea emoțională din relațiile de obiect, ca apă rare împotriva rușinii/durerii

Indivizii care și-au pierdut orice interes în relaționarea cu semenii prezintă un risc suicidar foarte ridicat. Le puteți interpreta faptul că prin evitarea celorlalți încearcă probabil să își diminueze suferința sau să se elibereze de sentimentele de vinovăție datorate atitudinii critice pe care o au față de cei pe care îi evită.

Ca dovadă că această intervenție are un efect terapeutic, indivizii pot răspunde ceva de genul: „Știți, nu m-am gândit niciodată la asta. Mama întotdeauna îmi spunea să nu fiu critic cu ceilalți, dar probabil că am ținut cont exagerat de asta... [plânge]”. Pe de altă parte, dacă interpretarea rămâne fără efect, acesta este un indiciu că impulsul suicidal este mai periculos.

Clivajul pentru evitarea sentimentelor de rușine și neîncredere

Wurmser (1987) sublinia că „... mulți dintre consumatorii de droguri folosesc ca apărare *clivajul*, pentru a dezavua o reprezentare a sinelui ca abuzând de consumul de droguri, ce alternează cu reprezentarea Sinelui în perioadele de abținere...” Prin urmare, mulți dintre consumatorii de droguri probabil că nu vor vorbi despre acest lucru. În mod similar, pot să treacă sub tăcere și ideea suicidală.

Dacă surprindeți un indiciu cât de mic privind implicarea pacientului în activități antisociale, ca de exemplu apelarea liniilor erotice cu „900”, vizitarea „încăperilor obscure” sau a altor saloane pentru activități sexuale sado-masochiste, sau dacă pacientul vă creionează în timpul ședințelor o imagine „prea bună”, este mai prudentă o confruntare a mecanismului clivajului prin discutarea faptului că vă este oferită o imagine prea bună pentru a fi și adevărată, sau că materialul mai neplăcut nu este adus în ședință. Dacă un individ se „vindecă” de depresie mult prea repede, nu vorbește despre lucrurile supărătoare sau răspunde la o confruntare a absenței ideilor suicidare prin evitarea subiectului, riscul suicidal este unul ridicat.

Imprecizia, reticența, comportamentul evaziv

Unul dintre criteriile menționate de Akhtar (anterior) în evaluarea riscului suicidal este *duplicitatea* (lipsa de onestitate). Din moment ce comportamentul evaziv este un tip de apărare, puteți încerca, în funcție de situație, o confruntare mai mult sau mai puțin blândă a acesteia.

De exemplu, în cazul bărbatului care la început susținuse că a adormit la volan, după care a recunoscut că era furios pe soție, un răspuns ar fi putut fi: „Înțeleg că nu ați spus adevărul prima oară. Ce se întâmplă?” Sau chiar de forma: „Înțeleg că la început nu ați dorit să recunoașteți că acesta a fost de fapt modul dumneavoastră de a reacționa emoțional. Mai există și altceva despre care nu vorbiți cu sinceritate, pentru că vă trezește teamă sau rușine?”

(De fapt, în acest caz, bărbatul mințise și în legătură cu abuzul cronic de marijuana și alcool, despre care s-a aflat abia mai târziu, din declarațiile diferiților membri ai familiei. Această informație ar fi dus probabil la reținerea pacientului în spital, pentru evaluarea capacității sale de a se angaja într-un demers terapeutic). Confruntarea comportamentului evaziv nu reprezintă o garanție că veți obține informații utile, însă reprezintă o șansă în plus în acest sens.

Atunci când un individ suicidar refuză în mod conștient să vă ofere informații în timpul evaluării, în curând veți începe să vă simțiți ca un anchetator. Ați putea realiza că vă simțiți frustrați și că vă presează nevoia de a „explora mai adânc” după informații. Ca alternativă la explorare, puteți încerca confruntarea reticenței pacientului (*reprimarea*) ca apărare. Dacă nici acest lucru nu dă rezultate, secretomania pacientului trebuie considerată ca un serios factor de risc.

Probabil că se întâmplă frecvent ca indivizii evaluați să se exprime imprecis. Atunci când dumneavoastră îi întrebați despre tentativa suicidară, unde a avut loc, la ce se gândeau, ei răspund că nu își amintesc și că se gândeau doar că totul se va termina. Dumneavoastră îi întrebați ce făceau în acel moment, iar ei spun: „Mai nimic”. Privind consumul regulat de alcool în cantități mari, vor afirma: „Nu prea mult. Doar uneori”. La un moment dat, puteți încerca o confruntare a acestor apărări, la modul: „Observ că îmi dați doar răspunsuri generale, omițând detaliile”.

Dacă individul va continua să răspundă evaziv, ca de pildă: „Chiar nu știu ce să spun...”, atunci confruntarea ca tehnică nu este suficientă, din moment ce este vorba de o deficiență a funcției de integrare, asociată cu un factor de risc crescut.

Identificarea cu agresorul și/sau cu victima

Să presupunem că soția unui individ s-a sinucis de curând, iar acesta vine la consultație. La rândul său, el are gânduri suicidare. Dumneavoastră sublimați faptul că pare să dorească să repete comportamentul recent al soției. Dacă răspunde prin a spune cât de vinovat se simte în legătură cu sinuciderea soției, dar realizează că vinovăția sa este irațională (ceea ce de obicei este adevărat), el ar putea fi tratat în ambulatoriu. Pe de altă parte, dacă insistă că, indiferent de circumstanțe, el este „vinovatul” - în ciuda absenței oricăror dovezi în acest sens - riscul suicidar este extrem de ridicat.

Negarea unei realități dureroase

Un bărbat de 29 de ani a sărit de pe un pod după aflarea veștii că Sofia îl părăsește datorită răcelii sale emoționale. El a avut nevoie de numeroase operații, dar a supraviețuit.

Atunci când un rezident psihiatru l-a intervievat după câteva săptămâni, pacientul susținea că nu mai dorea să se sinucidă. Cu toate acestea, în urma explorării opiniilor sale privind relația maritală, a reieșit că el era „destul de sigur” că soția se va întoarce, dacă el se va „schimba” pentru ea. Într-un interviu anterior separat, soția confirmase că nu mai avea speranțe în legătură cu mariajul.

Cu alte cuvinte, el folosea ca apărare negarea prin fantasmă. Auzind acest caz, l-am sfătuit pe rezidentul care făcuse evaluarea să confrunte negarea ca apărare, ceea ce a dus la un acces prelungit de plâns al pacientului, pe când acesta se afla încă internat în secția de ortopedie. Ulterior, el a fost transferat la secția de psihiatrie, unde a stat pentru câteva săptămâni, timp în care interpretările s-au axat pe acest mijloc de apărare, la care s-au adăugat

ședințe la care participa și soția. El a intrat într-o perioadă dureroasă de doliu, după care a putut accepta realitatea deciziei Sofiei, fără alte amenințări cu suicidul.

Rezumat

Evaluarea riscului suicidar constituie un demers complex și dificil, chiar și atunci când acest lucru este posibil. Pentru a vă spori acuratețea, este indicată evaluarea deficiențelor la nivelul funcțiilor autonome ale Eului, a forței Eului, a relațiilor de obiect, precum și a răspunsurilor inadecvate ale pacientului la confruntarea anumitor apărări. Rezultatele acestor evaluări pot fi ulterior adăugate la criteriile demografice, diagnostice și cele determinate de Schneiderman, Litman și Tabachnik, Durkheim, Menninger, Jacobs și Akhtar.

ANEXAI

Schizofrenia: Istoricul evoluției J criteriilor diagnostice

Criteriile stabilite de Eugen Bleuler (1908)

Simptome primare întreruperea lanțului asociativ: tulburarea integrării are ca efect o slabă coerență a gândirii: blocaj, incoerență, tangențialitate, circumstanțialitate (pierderea în detalii), conexiuni false (paralogice), sărăcirea gândirii

Ambivalență: menținerea simultană a unor atitudini complet opuse

Autism și o slabă concentrare a atenției: retragere în propria lume, lipsa interesului în exterior; halucinații negative

Deficiență de abstractizare: incapacitatea de a distinge sensurile și simbolurile, ceea ce duce la interpretări eronate

Afectivitate specifică: lipsa emoțiilor („aplatizarea” afectivă) sau trecerea rapidă de la o stare afectivă la alta

Simptome secundare (accesorii)

Halucinații auditive și vizuale: proiectarea percepțiilor senzoriale, fără posibilitatea de testare a realității. Sexualitatea, agresivitatea, interdicțiile

Supraeului = domină de regulă conținutul gândirii

Deliruri: convingeri eronate (și idei de referință), cu caracter persecutoriu, confuzie privind apartenența la sex, somatice, de grandoare

Sigmund Freud (1914 a) a adăugat

Ruperea legăturii cu realitatea

Retragerea interesului de la lumea exterioară

Reconstrucția realității într-un mod nerealist, având ca efect delirurile și grandiozitatea

Paul Hoch și Philip Polatin (1949) au adăugat

Simptome specifice diferitelor nevroze: obsesii, fobii, anxietate, depresie, simptome de conversie și perversiuni – prezente la același individ

Predominarea în conștiință a ideilor cu conținut sexual

Judecată dereistică (illogică, idiosincronică) a experiențelor realității și fenomene de derealizare („lumea nu e reală”)

Anxietate cronică severă

Heinz Hartman (1953) a adăugat

Agresivitatea scăpată de sub control poate duce la violență și la o deficiență severă în dezvoltarea funcțiilor autonome ale Eului de integrare și abstractizare

Robert Knight (1954) a adăugat

Interpretarea eronată a unor interacțiuni sociale simple

Fragmentarea expresiilor idiomatice sau alte moduri idiosincratice de folosire greșită a limbajului

Inabilitatea de a desprinde concluzii logice, bazate pe o realitate evidentă

Kurt Schneider (1959) a adăugat

Auzirea propriilor gânduri

„Insertia gândirii” (idei impuse din exterior) și transmiterea gândurilor

Edith Jacobson (1954) adaugă

Confuzii legate de caracteristicile ce țin de sine și cele aparținând celorlalți (fuziunea sinelui cu obiectul)

Autodistructivitate excesivă („masochism primar”)

Introiectarea de obiecte parțiale umane (imagini mentale) (de exemplu, nasul, un deget, sânul etc.)

John Frosch (1964) a adăugat

Ruperea legăturii cu realitatea și pierderea capacității de testare a acesteia

Margaret Mahler (1968) a adăugat

Dediferențierea sinelui de obiect („depersonalizare”. De asemenea, vezi și Feigenbaum, 1937)

Animismul (atribuirea de calități umane obiectelor)

Deanimarea (indivizii nu mai sunt văzuți ca umani)

John Feighner (1972) a adăugat

Slabă capacitate de a munci și a funcționa social

Otto Kemberg (1975) a adăugat înlocuirea gândirii logice și a percepției timpului prin stări de visare, lipsa noțiunii timpului, gândire condensată, simbolică, deplasată, uneori având ca rezultat o sexualitate „polimorfă perversă”.

Imposibilitatea de a dezvolta canale sublimatorii (pasiuni și interese)

Temeri concrete având ca obiect părțile corporale (deliruri somatice)

Dezintricarea pulsionilor agresive și sexuale (*clivaj*)

Apărări utilizate: *omnipotența, devalorizarea, idealizarea, negarea, identificarea proiectivă*

Jérôme Blackman adaugă

Din cauza relației defectuoase cu realitatea:

Deficiențe majore la nivel de „Warm - ETHICS” - căldură umană, empatie, încredere, capacitatea de susținere din partea mediului, sentimentul identității, apropiere emoțională, stabilitate în relații

Deficiențe multiple la nivelul funcțiilor Eului de: integrare și procesele secundare ale gândirii abstractizare testare a realității îngrijire corporală (igiena) autoconservare coordonare psihomotorie + /- vorbire și memorie

Deficiențe multiple ale Eului la nivel de: conținere a

proceselor primare (fantasmelor)

control pulsional (hrănirea, agresivitatea și sexualitatea) folosire a fantasmei pentru testarea acțiunii toleranță la afect.

Evaluarea forței Eului în diagnostic

Pragul de toleranță la stimuli (Esman, 1983): Capacitatea de concentrare nu este grav afectată.

Controlul impulsurilor și amânarea gratificării (Kernberg, 1975): Gestionarea dorințelor intense sexuale, orale și agresive.

Conținerea fantasmelor (ca procese primare) (Hoch & Polatin, 1949): Menținerea în afara conștiinței a unor condensări și simboluri cu caracter bizar.

Toleranța la frustrare: A suporta amânarea gratificării dorințelor cu privire la mediu.

Toleranța la afect (Kernberg, 1975): Emoțiile puternice nu au ca efect copleșirea Eului sau o mobilizare patologică a operațiilor defensive.

Toleranța la durere: Suportarea durerii fizice și emoționale.

Toleranța la tensiune: Eul are capacitatea de a media conflictele dintre dorințele intense, cerințele Supraeului și cele ale realității, fără perturbarea funcțiilor specifice.

Dezvoltarea canalelor sublimatorii (Kernberg, 1975): înlocuirea fantasmelor orale, sexuale sau agresive cu activități productive (de exemplu dorința de a ucide un frate rival se transformă în competiție inofensivă).

Folosirea fantasmei pentru testarea acțiunii (Hartmann, 1939): „Gândirea efectelor” propriilor dorințe înainte de a trece la realizarea acestora.

Rezistența la regresia libidinală fi cea la nivelul Eului (Marcus, 1975): Capacitatea de a nu se comporta infantil la confruntarea cu dorințe sau afecte intense.

Mentalizarea predominantă asupra descărcării tensiunii pe canalele somatice (Schur, 1955): Capacitatea de a suporta tensiunea produsă de afecte, fără a o descărca pe căile somatice, așa cum se întâmplă în migrene sau în

sindromul colonului iritabil.

Regresia în serviciul Eului (Kris, 1952; Bellak, 1975, 1989): Capacitatea de a permite în grad redus accesul în conștiință al proceselor primare (fantasme cu conținut simbolic, condensat), pentru a se juca cu un copil, a crea (în artă) sau a glumi.

Capacitatea de descărcare pulsională fi afectivă: Capacitatea de a gestiona furia violentă sau de a obține plăcere în actul sexual, fără ca Eul să fie copleșit.

Anexa 3. Considerații privind diagnosticul psihanalitic de dezvoltare

F	For	Afe	Activit	Sup	Relațiile d
uncțiile ța Eului	cte	ideiatea	raeul		
autono		depresiv pulsională			
me ale	e	sau			
Eului		anxioase			
		în:			
St	St	Sta	Stadiu	Sta	Stadiu
adiul	adiul	diul oral	l oral	diul oral	l oral
oral	oral				
st	bar	fragmentarea		lipsa	încre
area deiera	lanivelul	fiziologic:Autism/Simbioză deriipro			
conștiinStimuli	Eului	suptul,de (de la naștere la			
ță	căutarea	anihilareabază 5 luni)			
percept	obiectului	pierderea		obiecte parțiale	
ia	fixația	patologica:obiecte ale sinelui			
memori	obiectului	tulburare		Separare	
a	de hrănire	fuziuneaIndividuare			
integra	fixație sexuală	oralădiferențiere (5 - 12			
rea	lipsa de în	obsesiiluni) practicare (12 -			
procesele	credere	alcoolism16 luni)		căldura	
primare	pierderea	umană			
senzori	iudependență severă				
alitatea	bârâi obiectu-Hpăă				
coordo	de încredere	1U1			
narea	furatul				

<i>Stadiul anal</i>	<i>Stadiul anal</i>	<i>Stadiul anal</i>	<i>Stadiul anal</i>	<i>Stadiul anal</i>	<i>Stadiul anal</i>
In	amânarea	<i>nivelu</i>	„Moralita-		
teligenț	separare/	<i>l fiziologic,</i>	<i>Reapropierea</i>	teapro	
a	gratifică	-funcțiile	sfincte- (16 - 24	dânvi	
vorbire	autonomierii	excretorii	<i>luni)</i>	nană”pro	
a/	pulsioforța	controlul	Inconstanța	(cu	
limbaju	pulsionalenilor	sfincterian	reinterdicții	prezentăr dec	
l		<i>fixația</i>	ii șinele („Nu”) lui și-cliv		
		<i>patologica:</i>	a obiectului <i>empatiadea</i>		
		aspect	<i>încrederea</i>	form	
		neîngrijit,	<i>Inconstanța</i>	rea	
		dezordonat	<i>reprezentării sinelui</i>	retr	
		arțăgos	<i>și a obiectului (25 -ritu</i>		
		scatologie	<i>36 de luni)</i>	(afe	
		(coprolalie)		ext	
				înto	
				pro	
				neg	
				con	
				gân	
				ost	

312

concentra acțiunii	dezvoltațiile cu alte perre aluni):	con
rea	funcției soane Eului	fixațiasustținere ref
atenția	patologică:	a dinhal
orientarea	libertinaj	sexualpartea neg
	probleme sexuale	mediului reg
	1	apropiere
		a
		emoțional
		ă

<i>Peri</i>	<i>Per</i>	<i>Peri</i>	<i>Perioada</i>	<i>de</i>	<i>Peri</i>
<i>oada</i>	<i>deioada</i>	<i>deoada</i>	<i>de</i>	<i>de</i>	<i>oada</i>
<i>latență</i>	<i>latență</i>	<i>latență</i>	<i>latență</i>	<i>latență</i>	<i>de</i>
Îngri	dez	Sup	nivelul		căld
jirea	voltarea	raeul	fiziolointemalizarea	ura	are
corporală	canalelor	performa	gic:	diferenței	umană, fan
procesele	sublimat	nțele	dincoordonarea	tre'apropiere	obi
secundare	orii	sociale	„bine” și procesuluia		ide
abilitățile	toleranța	situațiile	de	„rău”;emoțional	agr
sociale	la	afectnefamilia	concrecreștere	tism;ă,	vict
adaptarea	toleranța	re	inflexibifixația	stabilitate	obi
autoplasti	la	nerealiza	patologilitatea	a	pie
că	frustrare	rea	regulier: lor;	relațiilor	intr
evoluția	toleranța	idealurilo	Inhibiții	de obiect	sed
de	lala	durerer	sexuacorectitudine		agr
activitatea	toleranța	adolescen	— Le nevroză		sub
de joc	lala	ța			raț
cea	detensiunil	pierdere			,
muncă	e	identității			con
anticipare	pulsional	funcționa			tul
a	e	rea			con
interesele	conținer	sexuală			int
Eului	ea				ea,
	procesel				soc
	or				inv
	primare				pul
					fun
					Eul

						inh fun
<i>ența</i>	<i>Adolesc</i>	<i>Ado</i>	<i>Adol</i>	<i>Ado</i>	<i>Adole</i>	<i>Ad</i>
<i>perioada</i>	<i>șilesce</i>	<i>esce</i>	<i>lesce</i>	<i>sce</i>	<i>lesce</i>	
<i>adultă</i>						
	abstrac	con		<i>nivelul</i>	fizioloregu	
tizarea	trolul			abstracte	<i>Reapropierea: zi</i>	
judecata	pulsional			externalizare	Inconstanț	
adaptarea	regresia			aparatul sexual	idealuri înalt	
aloplastică	în			reprezentării	<i>fixați</i>	
Eu!	caserviciul			patologic	capacitatea de	Sinelu
observator	Eului			și a <i>ca</i> :	a fi de încredere	
autoconserva	capacitat			obiectului	funcționarea	în
rea funcția	ea de			responsabilitagrup		t
reglatorie	descărca			masturbarea	punctualitat	
	re			narcisismul	simțul dreptății	
	pulsional					
	ă					

	<i>Perioada</i>	<i>Perioada</i>	<i>Perioada</i>
	<i>adultă</i>	<i>adultă</i>	<i>adultă</i>
	bloc	puls	con
ajul	iuni		stanța
generativi	sexuale și		reprezen
tății	agresive		ării
blocajul	sublimate		nelui și
unei	și		obiectulu
funcții	controlat		i
caracterule			
socio-di			

ANEXA 4

Scurt istoric al teoriei relațiilor de obiect *i* în lucrarea sa „Pentru a introduce narcisismul” (1914) și în alte articole privind teoria pulsionilor, Freud a introdus ideea diferențierii cu privire la „investirea libidinală”: altfel spus, care este intensitatea investirii afective pe care individul o face în raport cu un altul. Din punct de vedere cantitativ, se pune întrebarea cât din cantitatea de energie (sau interes) ce poate fi investită (*beziehung*) este direcționată către celălalt (obiect) și cât din această cantitate este orientată către propriul corp și funcționarea mentală? În cele din urmă, se pune întrebarea dacă individul a regresat – și-a reorientat în întregime interesul de la obiecte către propria persoană – în condițiile în care inițial acesta avea capacitatea de a se gândi la ceilalți.

Freud a folosit inițial această teorie în încercarea de a diferenția psihoza de alte tipuri de tulburări. El considera că psihoza presupunea o retragere a *beziehung* (investirii libidinale) de la obiecte – că la psihotici doar o mică parte a energiei libidinale era investită în semenii. Ceea ce astăzi numim empatie și încredere lipsea la indivizii psihotici. Judecarea realității prin prisma propriilor dorințe le afecta acestora sentimentul de a avea susținere din partea mediului. Freud a fost primul care a identificat mecanismul de „reconstrucție a realității” întâlnit în psihoze, ca urmare a retragerii din relațiile cu ceilalți și a incapacității de testare a realității. Formulările lui Freud (1914 a) privind retragerea investirii libidinale din lumea externă – își au originile parțial în studiul său asupra autobiografiei scrise de *Senatspräsident* (Judecătorul Curții de Apel), Daniel Schreber (Freud, 1911).

Freud a încercat o analiză laborioasă a conceptului

de caracter. Într-unul dintre articolele scrise în decursul ultimei perioade, „Libidinal Types”¹ (1932), el descrie modul de funcționare specific diferitelor combinații ale tipurilor de caracter narcisic, erotic și compulsiv. Tipurile narcisice au fost descrise ca fiind mai retrase și centrate asupra propriei persoane. La cele erotice predomina interesul pentru ceilalți. Tipurile compulsive erau caracterizate printr-o atitudine mai defensivă. Freud a descris o serie de combinații ale acestor tipuri caracteriale: narcisic-erotic, narcisic-compulsiv, erotic-compulsiv etc. Pe baza acestor combinații și a teoriei structurale, Freud a încercat să elaboreze idei cu privire la caracter.

Un alt autor care a adus contribuții însemnate cu privire la teoria relațiilor de obiect este Hartmann. Printre acestea se numără: - plică și alte percepții ce sunt reamintite și integrate cu ajutorul funcției de integrare. Același lucru este valabil și pentru imaginile obiectelor (de regulă semenii).

Jacobson (1964), în perioada cuprinsă între 1940 și 1950, a elucidat faptul că studiul ființelor umane înseamnă mai mult decât îndreptarea atenției asupra pulsionilor și a mecanismelor de apărare. Activitatea pulsională (pe care Freud a descris-o ca dorințe intense orientate către ceilalți) era în realitate influențată de percepțiile și urmele mnezice ale relațiilor de obiect stabilite în decursul vieții. Aceste informații erau stocate la nivel cerebral (pentru a folosi terminologia actuală), sub formă de imagini mentale despre propria persoană și despre ceilalți (reprezentări ale Sinelui și ale obiectelor). Jacobson a fost influențat de ideea avansată de Hartmann, conform căreia funcțiile Eului: integrarea, testarea realității, vorbirea, abstractizarea, observarea, ș.a., contribuie la formarea imaginii de sine, dar fără a fi același lucru cu aceasta.

În diferitele stadii ale dezvoltării psihosexuale, copiii

1 Reprezentările mentale ale propriului sine și obiectelor depind în mare măsură de funcția de integrare a Eului.

au sentimente și dorințe diferite cu privire la părinți, diverse percepții despre aceștia, iar relațiile cu părinții le pot trezi plăcere sau neplăcere. Copiii își formează imagini ale relațiilor cu părinții, iar acestea sunt integrate în structura psihică în decursul unei perioade îndelungate. Astfel, copiii dezvoltă idei cu privire la propria identitate și la cea a părinților.

Mai mult, imaginea obiectului, sau altfel spus imaginea oricărei persoane investite libidinal (o persoană semnificativă pentru individ), include aspecte legate de iubire, ură, funcționarea Supraeului, a Eului și capacitatea reciprocă de a forma relații de atașament – toate acestea luând forma reprezentărilor mentale.

Mahler a mers mult mai departe în ceea ce privește studiul copilului. În studiul său pe termen lung întreprins asupra copiilor psihotici, autiști și a celor care se înscriu în „limita normalității”, aceasta a putut stabili dezvoltarea stadială (de la naștere până la 3 – 3172 ani) a capacității de integrare la copil a percepțiilor referitoare la propriul sine și ceilalți. Există diferite faze parcurse în dezvoltarea acestei capacități, având ca rezultat final organizarea unei reprezentări stabile și separate asupra propriei persoane ca „Eu” diferit de „Tu”: ceea ce teoreticienii francezi numesc „Eu” și „Tu” în accepțiunea sincretică față de cea non-sincretică. Cu alte cuvinte, „Eu” și „Tu” devin în mod permanent separate, fiind înțelese și investite ca atare (Mahler, 1968; Mahler ș.a., 1975).

Prima fază descrisă de Mahler, autismul normal (de la naștere la 3 luni) este urmată la scurt timp de faza de simbioză (de la 3 la 5 luni). Această stare de simbioză normală dintre mamă și copil este în final abandonată în timpul fazei de separare-individuare, ce durează timp de câțiva ani, având patru subfaze: (a) diferențierea (5 – 12 luni), (b) practicarea (12 – 16 luni), reapropierea (16 – 25 luni) și (d) inconstanța reprezentării sinelui și a obiectului (25 – 36 luni). După parcurgerea acestor stadii, copilul este în final capabil să dezvolte o imagine relativ constantă

asupra sinelui și obiectului: „Eu sunt eu, iar tu ești tu”: începuturile constanței sinelui și a obiectului (începând cu 36 de luni, dar aceasta este afectată de regresii la stadiile anterioare). Cei care lucrează cu copii sau sunt implicați în îngrijirea acestora știu că există variații considerabile referitoare la aceste stadii, chiar și la copiii normali.

Bios, între 1960 și 1970, a reformulat perioada adolescenței în termeni similari³. Adolescenții trec, la rândul lor, prin perioadele de diferențiere, practicare și reapropiere ce duc, în final, la instaurarea constanței sinelui și a obiectului. În perioada adolescenței șinele se extinde, incluzând și aspirații legate de carieră, noi capacități psihice și valori (Supraeul devine mai integrat). Imaginea de sine se dezvoltă considerabil către sfârșitul adolescenței și începutul perioadei adulte.

Akhtar a descris apărările cu rol de distanțare întâlnite la indivizii cu anumite tulburări de personalitate legate de relațiile de obiect. În *Broken Structures* (1992 b) și *When the Body Speaks: Psychological Meanings in Kinetic Cues* (1992 a), acesta face o trecere în revistă detaliată a teoriilor lui Freud, Hartmann, Jacobson, Mahler și Kramer (1979).

ANEXA 5

Carmen de Bizet pe divan

Este oare Carmen doar o femeie de moravuri ușoare lipsită de rușine și superstițioasă, ce flirtează cu caporalul nepotrivit? Se comportă oare Don José ca un băiat cercetaș, copleșit de farmecul acesteia și cuprins de disperare atunci când ea îi ia în derâdere sentimentele?

Nu și din punctul de vedere al unui psihanalist. Începând cu Freud, care a oferit interpretări cu privire la Leonardo da Vinci, psihanalistilor le-a făcut adesea plăcere să speculeze asupra motivațiilor inconștiente care au animat figurile istorice și personajele literare. Prin urmare, deși nu putem vorbi la propriu cu astfel de „pacienți” care ne-ar putea confirma sau nega formulările, ne putem totuși amuza examinând posibilele elemente inconștiente care

animă *persoanele* ce apar în opera *Carmen*.

Mai întâi Don José. Acesta este un bărbat timid, pe care nu îl prea preocupă „galanteriile” întâlnirilor amoroase dintre soldați și muncitoarele de la fabrica de țigarete. În Actul I, înainte de a-i fi oferită floarea lui Carmen în „dar”, aceasta îl întreabă ce face. José răspunde: „Je fals une chaîne pour attacher mon épinglette” („Fac un lanț de care să îmi atașez perculatorul – arma sa”). Această frază ascunde simbolic secretul caracterului său. Sexualitatea sa („percutorul”) îl determină să se atașeze (îl înlanțuie). Mult mai târziu, la sfârșitul Actului III, când Carmen va încerca să rupă relația, el se va opune: „Non, non, non, je ne partirai pas! 1” Și insistă: „La chaîne que nous lie, nous liera jusqu’au trepas!” („Lanțul care ne leagă ne va ține astfel până la moarte!”).

Prin urmare, de ce nu a început José o relație cu frumușica vecină („o perlă”), Micaela, pentru a ne cruța de cele trei ore de S&M₂ emoțional, ca să nu mai amintesc dificultatea demersului de înțelegere a dinamicilor inconștiente ale personajelor?

Atunci când José o întâlnește pentru prima dată pe Micaela la oficiul poștal, el se uită în ochii acesteia și ce vede? Își vede propria mamă! De fapt, sărutul dat de Micaela lui José fusese trimis de către mama acestuia, care o sărutase pe Micaela după oficierea slujbei și o rugase să transmită sărutul lui José („... ce besé que je te donne, de mă part tule lui rendras”). O mișcare ingenioasă, ce îl încântă la nivel conștient pe José, care cântă cum amintirile legate de mama sa și de orașul natal („souvenirs d’autrefois”) îi umplu din nou inima de putere și curaj, însă, la nivel inconștient, Micaela este „cam prea aproape de casă”.

José nutrește sentimente ambivalente. El este încă legat de mama sa, dar în același timp încearcă să depășească această înlanțuire. Acesta este motivul pentru care nu îi scrie, trimite un email sau orice altceva mamei...

și care îl face atât de apologetic („il se repent aujourd'hui4”), el având inconștient tendința de a o respinge pe Micaela de îndată ce Carmen își oferă floarea, în ciuda promisiunii făcute de acesta mamei: „Ne crains rien, ma mère... je la prendrai pour femme...” („Nu îți face griji mamă, o să mă însor cu ea [Micaela]”).

Cum va reuși acest tânăr bărbat să se separe de mama sa? Așa cum spune cântecul popular: „Îmi place să aleg femei de moravuri ușoare”, José o alege pe Carmen – femeia interzisă, cu o sexualitate promiscuă – față de care formează un atașament de tip simbiotic, prin renunțarea la propria identitate și adoptarea unei atitudini rebele pentru a fi împreună cu aceasta. Este mama sa nemulțumită de acest lucru? Cu siguranță că da – ea o va trimite pe Micaela înapoi la José, în Actul III!

După ce este arestată pentru că o înjunghiasse pe Manuelita și condamnată la închisoare pe motiv că refuzase să răspundă întrebărilor puse de lt. Zuniga, ofițerul superior lui José, răzbunarea lui Carmen se va manifesta sub forma seducerii lui José. Ea îi promite acestuia să îl întâlnească la Lillas Pastia pentru o șansonetă, dacă o va ajuta să scape de Zuniga, care o pusese în lanțuri (și cu siguranță avea propriile planuri în legătură cu aceasta). Ulterior, José va fi închis pentru că a complotat la evadarea lui Carmen. Atunci când este eliberat, Carmen începe să își respecte promisiunea, dar José este pe cale să o părăsească („Adieu pour jamais! 5”) pentru a evita să fie declarat dezertor. Cu toate acestea, atunci când Zuniga re apare și îi face avansuri sexuale lui Carmen, José dezertează, renunțând astfel la conștiința datoriei și la propria identitate, în încercarea de a evita durerea provocată de pierderea lui Carmen în favoarea lui Zuniga.

Acum, să vedem ce putem spune despre Carmen? Se presupune că ea este cea mai excitantă femeie din orașul Sevilla. Modul în care inițial aceasta glumește cu José are un substrat sexual: Când află că el meșterește la percutor,

ea îl numește „percutorul sufletului meu!” („épinglier de mon âme!”). (Aceasta este un fel de versiune a secolului XIX pentru cântecul lui Mae West: „Hei, băiete, e cumva un pistol ceea ce se vede în buzunarul tău...?”). José este deopotrivă șocat și excitat de „îndrăzneala” lui Carmen!

Carmen este la început descrisă ca o femeie cu o sexualitate și o agresivitate impulsive. Ea îi tachinează pe toți soldații și se află în competiție cu Manuelita. La scurt timp însă, descoperim că există un sens în toată nebunia sa. În Actul I, aceasta îi spune lui Zuniga: „... coupe-moi, brûle-moi, je ne te dirai rien...” („taie-mă, dă-mi foc - tot nu o să mărturisesc nimic”). Este interesant că formula familiară „tu” cu care ea i se adresează lui Zuniga exprimă o lipsă de respect (și tachinarea) acestuia. Ca o paranteză, faptul că ea face referire la o tortură masochistă pare să îi trezească lui Zuniga interesul. Acesta o leagă, în timp ce cântă „... elle est gentille vraiment...” („Ea este chiar încântătoare...”); și urmărește să aibă o relație sexuală cu ea, în Actul II.

Oricum, în timp ce Carmen încearcă să îl seducă pe Zuniga, ea dezvăluie că personalitatea sa este puternic orientată în spiritul Amendamentului Cinci al Constituției Americane: Aceasta dorește să își păstreze autonomia absolută și libertatea de acțiune fără a ține cont de nimeni și de nimic, ceea ce include bărbații și legea. Carmen cântă: „Surtout, la chose enivrante: la liberté” („Mai presus de toate, Libertatea este îmbătătoare!”). Simultan, ea vrea să mențină o legătură fantasmată cu toți bărbații care o doresc de la distanță. Pe lângă obținerea plăcerii sexuale, ea se folosește de sexualitate și în alte scopuri: ignorarea constrângerilor sociale, menținerea unei legături fantasmate cu bărbații și separarea repetată de cei care îi cad în mreje, toate acestea având rolul de a-i întări sentimentul unei libertăți „îmbătătoare”.

Un alt personaj, toreadorul Escamillo, este posibil să fie la fel de narcisic precum este Carmen. În Actul III, imediat după ce a fost împușcat de către José, el îi spune

acestuia că va fi doar un partener jalnic ce nu este în stare să își riște viața pentru a-și vedea iubita (adică pe Carmen). Însă Escamillo este un cunoscător al tipologiei femeilor asemănătoare lui Carmen. El cântă: „Les affaires de Carmen ne durent pas six mois” („Aventurile lui Carmen nu durează nici șase luni”).

În concluzie, Carmen este acea „oiseau rebel” („pasăre rebelă” a Havanei⁶). La nivel conștient, ea dorește să își păstreze libertatea (autonomia). Însă simultan, aceasta pune în act fantasma sexuală a abandonului pasiv, atunci când îi reproșează lui José, „... sur ton cheval tu me prendrais... en croupe tu în emporterais... și tu în aimais...” („M-ai fi luat pe cal... furându-mă... dacă mă iubeai”). Iar José, în ciuda loialității sale conștiente („Dragon d’Alcala... fidèle”), este ambivalent cu privire la „lanțul” care îl leagă de mama sa prin intermediul Micaelei și inconștient dorește să se elibereze de acestea, prin a deveni un brigand sexual răzvrătit și autonom. Pentru a rezolva aceste conflicte, el își transferă interesul amoros asupra lui Carmen, astfel că devine la fel de adeziv ca și mama sa, iar ulterior nu îi va permite lui Carmen să rupă „lanțul” care îi leagă.

Discursul psihanalitic nu ar fi complet, dacă nu am face referire și la relația de tip oedipian dintre José și Carmen. Altfel spus, sex combinat cu violență! Cei doi bărbați, José și Escamillo, se luptă pentru a intra în posesia femeii mult râvnite, la fel ca și babuinii masculi.

Deși în mod straniu tatăl lui José este absent, personajul lui Escamillo este probabil un simbol al acestuia. Desigur că, în Actul III, José încearcă să-și rănească și să-și ucidă rivalul („un coup de năvaja” ⁷), ca „preț” plătit pentru dragostea acestuia față de Carmen. Ea reușește să îl convingă pe José să îl cruțe pe Escamillo, astfel că în final acest băiat oedipian nu își ucide tatăl.

José o pedepsise deja pe mama sa prin a o ignora și a o dezamăgi (chiar dacă vinovăția îl va face să se reîntoarcă în Actul III, înainte ca aceasta să moară). Ulterior, în Actul

IV, el o va executa pe Carmen (ca simbol al mamei), pe motiv că l-a trădat cu „tatăl”, reprezentat de Escamillo. Pentru faptele sale, José este condamnat la moarte, ceea ce îl eliberează de vinovăția produsă de dorința de a o avea pe Carmen (mama), de a-l ucide pe Escamillo (tatăl), iar în final pentru uciderea lui Carmen (mama), pentru ca nimeni (inclusiv tatăl) să nu o poată avea – o rezolvare oedipiană patologică destul de comună.

Nu avem nicio informație cu privire la părinții lui Carmen, deși printre „surorile” acesteia de la fabrica de țigarete se află Manuelita (un simbol matern) pe care Carmen o va înjunghia pentru că aceasta o comparase cu un șezut de măgar plin de muște, ceea ce insinua că, datorită sexualității sale, Carmen era o prostituată josnică. Carmen este la rândul său pedepsită (executată de către José) pentru că a comis păcatul de a-l seduce pe tatăl simbolic (Escamillo).

Sexualitatea o face pe Carmen să intre în competiție și cu celelalte fete (deplasarea rivalității resimțite față de mamă și surori). Ea manifestă deschis un comportament sexual seductiv față de substituturile paterne (soldații care tânjesc după ea), dar în final face ceea ce spune („Și tu ne m’aimes pas, je faime...” – „Dacă tu nu mă iubești, eu te voi iubi...”) alegându-l pe José, bărbatul „pe care nu îl poate avea” (ca simbol al tatălui). Cu toate acestea, după ce Carmen îl castrează pe José, el va înceta să mai reprezinte un simbol al tatălui. Ea îl denigrează și îl trimite acasă, înapoi la mamă. Apoi va încerca să îl aibă pe Escamillo, care este viril, mai matur și nu renunță la propria identitate.

Însă vinovăția, produsă atât de ostilitatea competitivă cu figurile materne (fetele de la fabrică, mama lui José și în cele din urmă, cu José), cât și de câștigarea iubirii lui Escamillo (tatăl) („Și tu m’aimes, Carmen...” 8), o determină pe Carmen să îl provoace pe José, devenit un simbol matern, să o pedepsească cu moartea.

Carmen reprezintă atât o poveste despre moralitate

destinată adulților tineri, cât și cel mai rău coșmar al oricărui părinte. Cu toții ne facem griji că fiul fiecăruia dintre noi ar putea fi copleșit de intensitatea propriilor dorințe sexuale, de nevoia de a se separa de mama sa și de dorințele intense și rebele ale adolescenței. Acestea l-ar putea determina să se asocieze cu persoaneândoielnice, să aleagă fete cu un „caracter imoral” și să ajungă un nimeni. Ne facem griji și că fetele noastre ar putea dezvolta o fixație la plăcerile exhibiționiste/narcisice ale sexualității adolescenței, să intre într-un anturaj cu o influență nefastă doar din dorința de a se simți separate, iar ulterior să fie seduse de „băieți răi”, arătoși și rebeli, care le-ar răni și distruge viața.

Carmen este cel mai pesimist scenariu de acest gen, mai curând un coșmar înfricoșător. La sfârșitul operei răsuflăm ușurați, descoperind că deznodământul tragic nu ne implică în niciun fel. Noi, publicul spectator, ne putem relua apoi eforturile de a ne bucura de plăcerile firești ale vieții, fără a plăti cu viața pentru aceasta.

Postfață

9

Câteva precizări

Am preluat sarcina de a oferi o descriere concisă a apărărilor, precum și o serie de informații referitoare la acestea, care ar putea fi utile clinicianului practician. Orientarea mea teoretică include elemente specifice psihologiei Eului (conceptele de funcții și forță a Eului descrise de Hartman, Frosch, Bellack și Kernberg), teoria structurală a psihismului (a treia teorie¹ a lui Freud cu privire la pulsuni, Supraeu și apărări), teoria relațiilor de obiect fundamentată de Mahler (procesul de separare-individuare și vicisitudinile acestuia) și teoria modernă a „conflictului psihic” (C. Brenner, 2002) cu privire la formațiunile de compromis.

Veți constata că nu intru foarte mult în dezbaterea legată de așa-numita „Controversă Deficiență-Apărare” (vezi Frosch, 1990), pe motiv că sunt de părere că atât

conceptul de deficiență a unei funcții a Eului, cât și cel de inhibiție a acesteia au o importanță egală. Unii teoreticieni de orientare psihanalitică au o atitudine critică cu privire la teoriile privind funcțiile autonome ale Eului dezvoltate de către Freud-Hartmann-Frosch (și Busch, 1995), și prin urmare probabil că nu vor fi de acord cu descrierea făcută cu privire la inhibiția defensivă a acestor funcții (așa cum a fost dezvoltată de continuatorii lui Freud, 1926).

Cei care aderă la teoria lui Kohut nu vor fi probabil de acord cu teoria structurală (ce include apărările), preferând în schimb utilizarea conceptelor de fantasme interne („obiecte ale Sinelui”) direct implicate în reglarea stimei de sine.

Adepții teoriilor lui M. Klein, Jung, Maslow, Lacan și Adler folosesc limbaje teoretice diferite, ceea ce face ca și conceptele ce țin de normalitate, și respectiv patologie, să difere. O comparație sau o diferențiere a acestor teorii cu cea referitoare la apărări nu face scopul acestei lucrări.

Controversele *din cadrul* psihanalizei, dintre care multe nu și-au găsit încă o rezolvare, sunt cel puțin la fel de numeroase și de controversate ca și cele existente *între* teoriile psihanalitice și cele aparținând altor orientări. Este evident că prezenta lucrare nu se dorește a fi o dizertație academică asupra dezbaterilor teoretice existente între diferitele școli aparținând domeniului psihanalizei sau între aceasta și celelalte orientări teoretice ne (ori anti) psihanalitice.

Ca un ultim aspect, „trebuie precizat că nu am inclus ideile aparținând „psihiatriei biologizante”, cu privire la anxietate, depresie și psihoză, întrucât nu văd în prezent o legătură între neurobiologie și teoria referitoare la apărări. (Colaboratorii recentei reviste *Neuro-Psychoanalysis* abordează acest aspect.) înclin să ader la multe dintre concluziile lui Gerald Edelman, câștigător al premiului Nobel (de exemplu, în 1992) cu privire la rolul important și complex al proceselor cerebrale asupra funcționării mentale. Deși astăzi, în opinia cercetătorilor științifici,

creierul reprezintă organul psihismului și se cunoaște faptul că bolile cerebrale pot produce tulburări mentale, încă nu a fost stabilită baza neuro-electro-chimică nici *măcar pentru un gând*. Chiar și sinteza remarcabilă făcută de Even Levin (2002) asupra studiilor întreprinse de Iberhault cu privire la sistemul neuroimun și tendința înăscută de învățare este, așa cum acesta afirma, „speculativă”. Au fost stabilite o serie de corelații statistice încurajatoare între nivelul de serotonină și noradrenalină din lichidul cerebrospinal și unele forme de depresie; însă, până în prezent, nu avem nici cea mai vagă idee privind procesele biochimice cerebrale responsabile de producerea gândurilor ce stau la baza a cel puțin jumătate dintre afectele cunoscute – care îi fac pe oameni să se simtă singuri, nefericiți, să le pară rău sau să se simtă vinovați (ori fericiți). Prin urmare, înțelegerea anatomo-neuro-fiziologiei iubirii, urii, timidității sau regresiei (de exemplu, criza de la mijlocul vieții, care îi determină pe unii indivizi să își achiziționeze mașini sport scumpe) trebuie amânată pentru mai târziu.

Mi-a făcut plăcere să constat că unii terapeuți aflați în formare păstrau o listă a apărărilor (și a funcțiilor Eului) la îndemână, pe peretele din fața biroului. Această lucrare reprezintă, în esență, o încercare de elaborare asupra acestei liste de 101 apărări.

Note

Prefață *t*

1 Steve avusese un adenom produs de înmulțirea celulelor cromofobe la nivelul glandei pituitare anterioare – o tumoare benignă, dar invazivă.

2 „Confruntarea” este un termen utilizat ocazional pentru a descrie o comunicare făcută de analist pacientului, destinată să îi atragă acestuia atenția în legătură cu un anumit aspect al propriului comportament, fără însă a-i oferi o explicație sau o interpretare a acestuia, (conform Rycroft, C.: „A Critical Dictionary of Psychoanalysis. Second Edition”, p. 25, Penguin Books,

London, 1995) (A/, t.)

3 Numerele din paranteze se referă la definițiile apărărilor, așa cum acestea apar în Tabelul 2 și pe parcursul capitolelor 2 și 3.

4 Dumbo este un desen animat produs în 1941 de Walt Disney, după povestea cu același nume scrisă de Helen Aberson. Personajul principal este Jumbo] r., un elefântel care este poreclit cu cruzime „Dumbo” datorită urechilor sale foarte mari. Împreună cu mama sa, acesta își desfășoară viața la un circ, unde este ridiculizat de către ceilalți elefanți și de copii. Mama îl apără din răspuțeri de aceste umilințe, motiv pentru care va fi considerată nebună și va fi închisă. Rămas singur, Dumbo își face prieten un șoricel, Timothy, împreună cu care va trece prin alte întâmplări aventuroase. Într-una din zile, aceștia se îmbată din greșeală și sfârșesc în copacul unui grup de ciori, conduse de Jim Crow, care la rândul său râde de urechile lui Dumbo. Timothy își apără prietenul, povestindu-le acestora umilințele la care Dumbo a fost supus. Impresionat, Jim Crow împreună cu Timothy îi dăruiesc lui Dumbo o pană despre care pretind că este magică și că îl poate ajuta să zboare, dacă este suficient de încrezător. Astfel, Dumbo nu doar că reușește să zboare (datorită urechilor), dar va deveni și vedeta circuitului. (A/. t.)

5 Marina armatei americane. (A/, t.)

6 Prescurtarea provine în original de la „WANT OUT OF THE NAVY”. (A/, t.)

Mulțumiri.

1 Anna Freud a descris nouă mecanisme de apărare: *regresia*, *refularea*, *formațiunea reacționată*, *izolarea*, *anularea retroactivă*, *proiecția*, *introiecția*, *întoarcerea asupra propriei persoane* și *transformarea în contrariu*. La acestea se adaugă un al zecelea, *sublimarea*, ce ține mai degrabă de normalitate decât de patologie. (A/. t.)

2 „Dinamicile adaptării umane” (A/. t.)

Introducere

1 Așa cum am subliniat și în capitolul 1, ce va urma,

apărările pot împiedica și conștientizarea altor operații mentale (ca de exemplu, deficiențe ale Eului, dorințe și alte apărări), sau pot fi implicate în dezvoltarea instanțelor psihice (cum este formarea imaginii asupra propriei persoane și instanța Supraeului). Este însă mai simplu și mult mai util ca apărările să fie considerate ca operând în principal împotriva afectelor, din moment ce în majoritatea terapiilor bazate pe insight este utilizată această accepțiune.

Capitolul 1

1 Exemplul face parte din notele de curs aparținând lui M. Sottarelli, M.D., predat la L.S.U. Medical School, 1974.

2 Ca atitudine superioară, disprețuitoare. În sens pozitiv, „condescendența” desemnează o atitudine plină de respect sau bunăvoință față de cineva. (A/, t.)

Capitolul 2

1 Toate informațiile privind identitatea pacienților au fost fie înlăturate, fie modificate în mare măsură.

2 Autorul folosește persoana a II-a, însă traducerea în limba română a necesitat uneori înlocuirea acesteia cu modul impersonal. (AZ. t.)

3 Alte apărări ce contribuie la formarea atitudinilor ofensatoare includ: *devalorizarea* unui grup, *identificările* cu liderul sau alți membri ai grupului care promovează astfel de atitudini, *generalizarea* criticismului proiectat, *regresia* privind testarea realității și *deplasarea* ostilității competitive în afara grupului respectiv. Aceste tipuri de apărări vor fi discutate ulterior.

4 Am preferat termenul *mamă* pentru a desemna maternajul persoanei care îngrijește copilul în primul an de viață, evitând astfel folosirea unor expresii mai ambigue, ca de exemplu: „figura primară care hrănește sau îngrijește” copilul. Altfel spus, *mama* se referă la *mama psihică*, indiferent de persoana reală ce îndeplinește acest rol.

5 Volkan (1999) a optat recent pentru înlocuirea unor

astfel de termeni cu caracter tehnic prin expresii comune, cum ar fi „a prelua în interior”, „a deveni ca „sau „a se comporta ca”.

6 Pam Tillis (2002) cântă despre relația sa adezivă cu un bărbat care o minte și este infidel: „... Spuneți-mi Cleopatra, pentru că sunt Regina Negării”.

7 în original este folosit termenul „prescreener”, ce a fost tradus ca „al doilea evaluator”. (n.t.)

8 „Poveste din cartierul de vest”. (n.t.)

9 Kernberg (la fel ca și Jacobson [1964], Mahler [1968], și Kohut [1971]) se bazează pe „teoria economică” a „investirii libidinale”, pentru a lega *clivajul de* „descărcarea” dorințelor pulsionale sexuale sau agresive (A. Freud, 1956). Aceasta este o teorie foarte complexă, care, în esență, contrazice modurile inconștiente în care sexualitatea și agresivitatea contribuie de regulă la formațiunile de compromis în relația cu obiectul iubit. Nu putem acoperi adecvat aici vicisitudinile acestei teorii, ce a dat naștere unor opinii controversate între psihanaliști. Pentru idei opuse lui Kernberg, consultați Abend, Willick și Porder (1983).

10 întrucât autorul nu a putut găsi un echivalent în engleza americană pentru „coleric”, în textul original îl descrie aproximativ ca „superlativ referitor la conceptul arhaic de «eter» sau de «fiere» – specificând faptul că nu există un echivalent în limba engleză modernă”. Cu toate acestea, cuvântul „cholerich” desemnează în engleza contemporană „temperament irascibil, furios”. Probabil că termenul a fost adoptat din latină mai târziu. (A/, t.)

11 în original apare expresia „stupid ass” care se poate traduce ca „extrem de prost”, însă în engleza veche „ass” înseamnă și măgar. (n.t.)

12 în sindromul Wernicke-Korsakoff (Medical Council on Alcohol, 2000; Meissner, 1968) confabulația apare de regulă datorită unei deficiențe de vitamina E asociată cu alcoolismul sever, însă poate fi determinată și de alte tipuri de deteriorare cerebrală (Weigert-Vowinckel, 1936).

Aceasta se poate datora exclusiv unei deteriorări cerebrale, fără a fi rezultatul unei apărări împotriva afectelor asociate.

13 Având în vedere că gândurile sunt formațiuni de compromis, dacă individul cuprins de atacul de panică își imaginează că va muri din cauza hipneei și a palpitațiilor, acesta ar putea fi un indiciu că gândurile refulate ce au cauzat atacul sunt legate de pedeapsa cu moartea pentru vinovăția produsă de dorințele ostile sau sexuale. Pe de altă parte, fantezmele de moarte ce însoțesc atacul de panică ar putea să fie determinate (și) de senzația neplăcută de hipoxie datorată hiperventilației.

14 „Deși mi-ai provocat o mare suferință, sunt încă suficient de slabă pentru a nu te ierta”. (Désirée, într-o scrisoare trimisă lui Napoleon, după ce a aflat de căsătoria acestuia cu Joséphine) (Hopkins, 1910)

15 „... Astfel, dorința de a vizita Roma constituia în viața onirică o deghizare și o expresie simbolică a unor dorințe foarte prețioase, a căror realizare necesita un efort comparativ cu tenacitatea și hotărârea generalului punic, chiar dacă acest moment părea uneori la fel de îndepărtat ca și visul de o viață al lui Hannibal de a intra victorios în Roma...” (Freud, 1900 b)

16 „Treceri la act în afara cadrului terapeutic, respectiv în interiorul acestuia”. Primul termen se referă cu precădere la treceri la act aparținând pacientului, pe când cel de-al doilea desemnează în special trecerile la act ale analistului. (A/. t.)

17 Este foarte interesant faptul că nicio ediție DSM nu a inclus această tulburare de personalitate, destul de comună, în cadrul listelor detaliate ale diferitelor diagnostice fenomenologice.

Capitolul 3

1 McDevitt (1985) definește agresivitatea normală ca „intenționalitate cu scop”; agresivitatea ostilă irupe ca răspuns la frustrarea agresivității normale. Parens (1973) adaugă că agresivitatea ostil-distructivă reprezintă doar

unul dintre cele patru tipuri de agresivitate: forma neostilă-nedistructivă (necesară în studierea pentru un test), neostilă-distructivă (în actul hrănirii), ostil-nedistructivă (în criticismul verbal) și ostil-distructivă (violența, calomnierea).

2 în ciuda faptului că leziunea fizică a doamnei LM era evident una minoră, și fără a se ține cont de expertiza psihiatrică din care reieșea clar că simptomele schizofreniei nu pot fi cauzate de echimozele degetului arătător, completul de judecată a dispus plata unor daune de 60.000 \$. Acesta constituie un exemplu interesant al genului de caz descris de Howard (1996), în care *raționalizările și nevoia de a găsi un vinovat (învinovățire proiectivă)* sunt dintr-un motiv de neînțeles acceptate drept cauze reale pentru suferința cuiva, în ciuda faptului că simțul comun arată că nu au nicio legătură cu aceasta.

3 „Internal Revenue Service”, departament al guvernului american ce se ocupă de colectarea taxelor la nivel național. (n.t.)

4 Acest termen este sinonim cu sensibilitatea, ca facultate de a percepe senzațiile provenind de la propriul organism sau informațiile din mediul extern. (A/. t.)

5 în videoclip, o tânără atractivă este mai întâi speriată, după care sedusă de urmărirea insistentă și piruetele cu conotație sexuală ale lui Jackson (ca atuuri în fața celorlalți bărbați cu o abordare mai agresivă). Ea încetează să mai fugă de acesta, iar când ajunge în dreptul unui hidrant din care începe să se reverse un torent de apă, aparent tânăra ajunge să fie sedusă de insistențele bărbatului, astfel că teama sa intensă se transformă magic în plăcere. Fantasma subiacentă că insistența – în fața apărărilor rigide mobilizate de tânără – și ejacularea simbolică vor „câștiga” inima unei fete frumoase apar destul de evident. În 2002, la 15 ani după ce videoclipul a fost filmat, el este încă promovat drept unul „clasic realizat de Michael” și ca fiind „de referință” în muzică. Mesajul transmis de videoclip pare opusul videodipurilor ce

promovează „stimularea sensibilității” și prevenirea hărțuirii sexuale la locul de muncă.

6 „Attention Deficit Hiperactivity Disorder”, adică „sindrom de hiperactivitate și deficit de atenție”. (AZ. f.)

7 Este discutabil dacă înclinația sa pentru „sexul ocazional” ar fi putut fi considerată patologică în cazul în care nu ar fi intrat în conflict cu dorința afirmată conștient de întemeiere a unei familii. Pentru anumiți indivizi, a locui singuri și a avea mai multe relații intime, fără perspectiva unei căsătorii sau a copiilor, nu pare să constituie o problemă. Am tratat mai mulți pacienți care se simțeau vinovați pentru dorințele lor de a fi liberi, și se apărau de această vinovăție prin *a se căsători*. Odată ce acest lucru devenea clar, unii dintre ei decideau că terapia își atinsese scopul de a-i ajuta să își înțeleagă problemele legate de apropiere și angajament emoțional, astfel că încheiau atât terapia, cât și mariajul. Ei evitau pe viitor să se mai căsătorească sau să mai facă promisiuni în acest sens.

8 în text este folosită expresia „to attend happy hours”, ce înseamnă „anumite ore în care un bar oferă băuturi alcoolice la prețuri mai mici”. (n.t.)

9 dismorfofobiile (A/, t.)

10 „Minunata indiferență”. (AZ. t.)

11 De fapt, la acel moment nu eram căsătorit.

12 în România serialul este cunoscut sub titlul „Totul despre sex” (AZ. t.)

13 „Călărețul singuratic”, (Lane Ranger) aluzie la personajul filmului cu același nume. (AZ. t.)

14 „Lampa cu gaz”. (AZ. t.)

15 „inductor” (AZ. f.)

16 „gaslightee”, în original (AZ. t.)

17 „Nu vă îngrijorați pentru lucrurile neînsemnate”. (AZ. t.)

18 „Busola de aur” (AZ. t.)

19 Pe de altă parte, este interesat de menționat că o parte dintre scriitorii cu adevărat creativi au fost psihotici, sau cel puțin au avut episoade psihotice. Un astfel de

exemplu este Ezra Pound.

20 Unul dintre avantajele psihanalizei clasice în tratarea tulburărilor de caracter severe constă în faptul că pacientul întins pe canapea nu îl are pe analist în câmpul său vizual, ceea ce facilitează dezvoltarea transferului, care ulterior poate fi analizat.

21 Abraham (1913) avansează ideea că Soarele (și lumina) poate avea o multitudine de semnificații simbolice, ceea ce face ca și evitarea luminii diurne să fie un act simbolic. Pe baza unui studiu detaliat și îndelungat asupra câtorva cazuri, acesta concluzionează că lumina poate reprezenta „... ochiul care observă... al tatălui”, iar fotofobia este, prin urmare, „dorința individului de a se ține la distanță [de acesta]” (p. 175) Referitor la un pacient, „... la începutul terapiei, acesta încă evita să vadă descoperită vreo parte a corpului mamei sale, cu excepția feței și a mâinilor. Chiar și să o vadă purtând o bluză cu ajur la baza gâtului îi cauza o angoasă intensă”. Asocierile ulterioare l-au condus pe pacient la remarcabila descoperire că „... inhibiția de a o privi pe mamă își avea originile în interdicția de a o vedea dezbrăcată și în particular organele genitale ale acesteia. Ideea de a nu avea voie să se uite la ea a devenit... [deplasată asupra] fobiei exprimată sub forma „incapacității de a suporta lumina diurnă” (p. 1777)

22 Primul război mondial. (AZ. t.)

Capitolul 4

1 Termenul „warmth” are sensul de „căldură, prietenie, intimitate, afecțiune umană”. (A/. t.)

2 Prescurtarea „Warm - ETHICS” provine de la „Warmth, Empathy, Trust, Holding Environment, Identity, Closeness and Stability”. (A/. t.)

3 în original, „low-keyedness” desemnează o „stare specială a Sinelui” observată de către Mahler și colaboratorii săi la copii aflați în subfaza *de practicare*, atunci când aceștia conștientizau absența mamei. Este caracterizată prin diminuarea motilității, scăderea

interesului în mediul înconjurător și orientarea atenției către interior, asociată cu „imaginarea” mamei (Mahler, M., Pime, F., Bergman, A: The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation, Karnac, London & New York, 2002, p.74). (A/t.)

4 Altfel spus, răspunsurile contratransferențiale ale terapeutului sunt determinate de atitudinile și comportamentele pacientului; o serie de atitudini ale terapeutului ce împiedică procesul terapeutic pot fi expresia modului de funcționare al acestuia, fără a avea vreo legătură cu comunicările pacientului. Aș dori să adaug faptul că se întâmplă și ca terapeuți neexperimentați sau fără o formare adecvată să facă erori tehnice privind modul cum conduc o terapie bazată pe insight, fără ca acestea să se datoreze unor conflicte inconștiente ale terapeutului.

5 Dinamicile acestei serii de interacțiuni sunt mult mai complexe. Am oferit acest exemplu cu scopul de a explica mai bine conceptele de empatie și contratransfer.

6 Delta Dawn, ce fel de floare este cea pe care o porți? / Poate fi un trandafir ofilit al unor zile apuse? /

Spui cumva că te-ai întâlnit cu el astăzi, / Pentru a merge la el acasă în înaltul cerurilor?

7 McDevitt (1976) citează opinia lui M. Mahler, conform căreia se pare că este necesară, pentru copilul care abia învață să meargă, petrecerea a cel puțin două ore pe zi (cu sensul de „timp calitativ”) în prezența unui obiect matern consistent, în vederea achiziției constanței obiectului și a-imaginii de sine, însă nu s-au făcut cercetări pe această temă, întrucât ar fi avut un caracter politizat, fiind totodată dificilă o interpretare a rezultatelor.

8 Termenul în original este „wallflower”, ce înseamnă deopotrivă „floare agățătoare” și „fată ce nu este invitată de nimeni la dans și rămâne pe margine (la un bal etc.)”. (A/, t.)

9 Există deopotrivă și bărbați cu acest tip de patologie caracterială, însă termenul este utilizat cu

precădere pentru a descrie femeile. În plus, cu excepția bărbaților gigolo care sunt plătiți pentru serviciile lor, cei mai romantici bărbați ce încearcă să seducă femeile vor prefera afișarea unui fals interes pentru acestea, în locul satisfacerii unor fantasme cu interes pur sexual aparținând partenerelor.

10 Acest tip de femeie este interpretată remarcabil de către Kathleen Turner în *Body Heat* (Kasdan, 1981). Personajul său folosește seducția sexuală pentru a-și atinge scopurile;

finalul filmului dezvăluie narcisismul, oralitatea și dorința de distanțare emoțională a personajului.

11 în original apare cuvântul „tether” care desemnează în limbajul comun un lanț sau o funie ce limitează mișcările. În acest context este vorba de legături pe care individul le stabilește la nivel psihic și care au un rol limitativ. (A/. t.)

12 în original „Runaway Bunnies”. (A/. t.)

13 în textul original apare verbul „to prick”, care se traduce prin a înțepa sau a împunge. Ca substantiv, acesta are atât sensul de „împunsătură, înțepătură”, cât și pe cel de „penis” (în limbajul colocvial). (A/, t.)

14 Pe de altă parte, Volkan (1987 b) recomandă câteva tehnici ce pot fi utilizate în analiza pe divan a unora dintre pacienții borderline.

15 Următorul material de caz este într-o oarecare măsură șocant; însă astfel de relatări sunt des întâlnite la pacienții cu organizare a personalității de tip borderline.

16 în acord cu climatul psihiatric actual, trebuie să precizez că orientarea sexuală a lui John și profesia acestuia nu au nicio relevanță în dezvoltarea patologiei sale borderline. Astfel de conflicte și comportamente simptomatice apar și la pacienții borderline heterosexual! sau care nu sunt avocați.

Capitolul 5

1 în limba engleză, „prick” are atât sensul de „ticălos”, cât și cel de „penis” (în limbajul informai). (A/. t.)

2 în textul original, YWTAQ este abrevierea de la „You Want To Ask a Question”. (A/, t.)

3 „WEBS” în original provine de la „What, Empathy break, Bull și Shoulds”. (n.t.)

4 Se întâmplă adesea ca, în decursul evaluării sau terapiei, indivizii să producă material semnificativ sau să obțină insight în urma unei interpretări inexacte sau incorecte. Dacă aceștia simt că terapeutul este bine intenționat, se angajează adesea în interacțiuni pe care le consider ca destinate „să ajute terapeutul”, având în plus semnificația *transferențială* de copil bun al terapeutului (care la nivel inconștient reprezintă un părinte) sau pe cea de părinte bun pentru terapeut (acesta din urmă reprezentând un copil care are nevoie de ajutor).

De exemplu, unii pacienți răspund la o confruntare a unui afect, făcută la un moment nepotrivit – de genul: „Păreți furios” – prin a vorbi detaliat despre conflictul și apărările ce le ridică probleme, adică: „Așa este, mă simțeam atât de vinovat, încât nici nu aveam de gând să vorbesc despre asta!” Cu toate acestea, este adesea mai sigur ca mai întâi să examinați funcționarea defensivă, pe care ulterior să o supuneți Eului ca observator al pacientului – poate la modul: „Astăzi păreți mai precaut decât de obicei”, în caz contrar, răspunsul pacientului la confruntarea furiei ar putea foarte bine să fie: „Nu, nu sunt. Poate dumneavoastră aveți o problemă. De ce vreți ca eu să fiu furios?!”

5 O altă denumire comercială pentru Benadryl. (A/, t.)

6 Terapie prin șocuri electrice. (A/, t.)

Capitolul 6

1 în original este folosit termenul „grand larcenists”, care înseamnă „hoți de bunuri cu o valoare foarte mare, aflate în proprietatea privată”. Termenul mai este încă folosit în engleza americană, în timp ce în engleza britanică acesta a fost înlocuit.

2 Prescurtarea mnemonică AORTICS (Abstractizare,

Observarea Eului, Testarea Realității, Integrarea, Concentrarea, Senzorialitate intactă) poate că rezumă adecvat cele mai importante aspecte ale funcționării Eului necesare pentru tratarea eficientă a pacientului cu ajutorul tehnicilor psihodinamice.

3 Variații neobișnuite ale acestui eufemism ciudat includ „pacientul bordérline înfuriat” și „pacientul borderline care țipă”.

4 Pacienta substituia cuvintele unele cu altele – pronunța adesea cuvântul greșit. Dismomia sa ușoară apăruse datorită afecțiunii organice produsă de atacul cerebral la nivelul zonei lui Broca, în lobul temporal stâng al creierului, în care sunt localizate funcția motorie și limbajul.

Capitolul 7

1 „Deraierea” (A/, t).

2 Aluzie la expresia uzitată în limba engleză „to think twice”, ce înseamnă „a decide un curs de acțiune după aprecierea posibilelor riscuri sau probleme implicate”. Prin urmare, autorul accentuează importanța adoptării unei atitudini precaute. (A/, t.)

Capitolul 8

1 S-a încercat pe cât posibil traducerea acestora în limba română prin găsirea unor cuvinte echivalente care încep cu litera „d”, în vederea păstrării stilului din original. (A/, t.).

Anexa 4

1 Aceasta este varianta originală a termenului din germană, care a fost tradusă prin „investire” („Vocabularul psihanalizei”, J. Laplanche și J.-B. Pontalis [1994], p. 202). (A/, t.)

2 „Tipurile libidinale” (A/, t)

3 El caracterizează adolescența ca a doua etapă de separare-individuare. (A/, t.)

Anexa 5

1 „Nu, nu, nu, nu voi pleca!” (A/, t.)

2 Sado-masochism (A/. t.)

- 3 „amintiri de odinioară” (A/. t.)
 - 4 „el se căiește astăzi” (A/. t.)
 - 5 „Adio, pe vecie!” (A/, t.)
 - 6 în textul original „habafiera” înseamnă”
(locuitoare) din Havana” (A/. t.)
 - 7 „cu o lovitură de briceag” (A/. t.)
 - 8 „Dacă tu mă iubești, Carmen...” (A/, t.)
- Postfață *t*

1 Prima teorie (1895) a fost una neurologică. Cea de-a doua (aproximativ, între 1900 și 1905), uneori denumită și modelul hidraulic, se referea la energia psihică și la rezervorul „în fierbere” al „Inconștientului”. Cea de-a treia teorie a fost cea structurală (1923, 1926). A patra teorie se referă la instinctele vieții și morții (între 1920 și 1939). Prima, a doua și a patra teorie nu sunt folosite.

Am reținut din a doua teorie conceptul de „proces primar”, deoarece prezența în exces la nivel conștient a fantasmelor ca procese primare tinde să indice o tulburare mentală mai severă (Vezi Hoch & Polatin, 1949; Kernberg, 1975; Holt, 2002), deși Arlow & Brenner (1964) sugerează considerarea mecanismelor procesului primar ca operații defensive. În mare parte, am utilizat anumite concepte ale teoriei structurale, cu toate că C. Brenner (2002) susține că ar trebui să se renunțe și la acestea, datorită subtililor incompatibilități intrateoretice.

Bibliografie

Aarons, Z.: „Notes on a case of *maladie des tics*”, *Psychoanalytic Quarterly*, 27, pp. 194 – 204, 1958.

Abend, S.: „An analogue of negation”, *Psychoanalytic Quarterly*, 44, pp. 631 – 637, 1975.

Abend, S.: „Reality testing as a clinical concept”, *Psychoanalytic Quarterly*, 51, pp. 218 – 238, 1982.

Abend, S., Willick, M. & Porder, M.: *Borderline Patients: Clinical Perspectives*, International Universities Press, Madison, CT, 1983.

Aberson, H. & Englander, O.: *Dumbo*, <http://us.undb.com/Title0033563>, 1941.

Abraham, K.: „Transformations of scopophilia”, 1913. În *Selected Papers on psychoanalysis*. Traducere de Bryan, D. & Strachey, A., The Hogart Press, Londra, pp. 169 - 234, 1948.

Ackerman, N. & Jahoda, M.: „The dynamic basis of antisemitic attitudes”, *Psychoanalytic Quarterly*, 17, pp. 240 - 260, 1948.

Aiken, C.: *Silent snow, secret snow*, IL: Dramatic Publishing, Woodstock, 1974.

Akhtar, S.: „Tethers, orbits and invisible ferices: Clinical, developmental, sociocultural, and tehcnical aspects of optimal distance”. În Kramer, S. & Akhtar, S. (Eds): *When the body speaks: Psychological meanings în kinetic cues*. NJ: Aronson, Northvale, 1992 a.

Akhtar, S.: *Broken structures*, NJ: Aronson, Northvale, 1992 b.

Akhtar, S.: „Obiect constancy and adult psychopathology”, *International Journal of Psychoanalysis*, 75, pp. 441 - 455, 1994.

Akhtar, S.: „Someday...” and „If only...” fantasies: Pathological optimism and inordinate nostalgia as related forms of idealization, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, pp. 723 - 753, 1996.

Akhtar, S.: *Why de patients attempt suicide on Friday nights?* Prezentare pentru Departamentul de Psihiatrie, U.S. Navy Medical Centre, Portsmouth, VA, 2001.

Alexander, F.: „The neurotic character”, *International Journal of Psychoanalysis*, 11, pp. 292 - 311, 1930.

Almansi, R.: Abstract la Recamier, P.: „L'Évolution Psychiatrique

III. From anxiety to mania. Clinical and psychological study of mania in its relationship to depression”, *Psychoanalytic Quarterly*, 30, p. 156, 1961 (Varianta originală publicată în 1957).

Alpert, A.: „Reversibility of pathological fixations associated with maternal deprivation in infancy”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, pp. 169 - 185, 1959.

Alpert, A. & Bernstein, I.: „Dynamic determinants în oral fixation”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, pp. 170 – 195, 1964.

Anthony, E.: „Panel reports – learning difficulties în childhood”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, pp. 124 – 134, 1961.

Arlow, J.: „Character perversion”. În Marcus, I. (Ed.): *Currents în psychoanalysis*, International Universities Press, New York, 1971.

Arlow, J. & Brenner, C.: *Psychoanalytic concepts and the structural theory*, International Universities Press, New York, 1964.

Armstrong, J.: „Reflections on multiple personality disorder as a developmentally complex adaptation”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, pp. 349 – 364, 1994.

AROPA (Asociația Română Pentru Promovarea Psihanalizei): *Sigmund Freud – Biography: I. Childhood*, <http://freudent.tripod.com/biography.html>, 2002.

Asch, S. 1982: Recenzie la Hans Loewal's *Psychoanalysis and the history of the individual*, Yale University Press, New Haven, CT, 1978. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, pp. 265 – 275.

Balint, M.: „Friendly expanses – horrid empty spaces”, *International Journal of Psychoanalysis*, 36, pp. 225 – 241, 1955.

Barglow, P. & Sadow, L.: „Visual perception: Its development and maturation from birth to adulthood”. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, pp. 433 – 450, 1971.

Baruch, D.: *One little boy*, Julian Press, New York, 1952. Recorectat de Sperling, M., în *Psychoanalytic Quarterly*, 22, 115, 1953.

Bass, A.: „The problem of concreteness”. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, pp. 642 – 682, 1997.

Bates, J., Bentler, P. & Thompson, S.: „Gender deviant boys compared with normal and clinical control boys”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, pp. 243 – 259,

1979.

Beck, A. & Steer, R.: *Beck Hopelessness Scale (BHS)*, 1988. The Psychological Corporation - HBJ.
<http://www.suicide-parasuicide.rumos.com/en/resources/psychologicaltests/index.htm>, 2002.

Bellack, L.: *Ego Function Assessment (EFA)*. Larchmont, NY: C.P. S, 1989.

Bellack, L., Hurvich, M. & Gediman, H.: *Ego Functions in schizophrenics, neurotics, & normals*, John Wiley & Sons, New York, 1973.

Bellack, L. & Meyers, B.: „Ego function assessment and analyzability”, *International Review of Psychoanalysis*, 2, pp. 413 - 427, 1975.

Bender, L., citat de Mahler, M.: „Tics and impulsions în children: A study of motility”, *Psychoanalytic Quarterly*, 13, p. 430, 1944.

Bergman, M.: „The nature and function of a pathological oedipal constellation in a female patient”, *Psychoanalytic Quarterly*, 64, pp. 517 - 532, 1995.

Berliner, B.: „On some psychodynamics of masochism”, *Psychoanalytic Quarterly*, 16, pp. 459 - 471, 1947.

Blackman, J.: „Character traits underlying self-neglect and their connection with heart disease”, *Journal of the Louisiana State Medical Society*, 139 (2), pp. 31 - 34, 1987.

Blackman, J.: „Instinctualization of ego functions and ego defects în male homosexuals: Implications for psychoanalytic treatment”. În Volkan, V. & Socarides, C (Ed.), *The homosexualities & the therapeutic process*, International Universities Press, Madison, CT, 199 la.

Blackman, J.: „Intellectual dysfunction in abused children”, *Academy Forum*, 35, pp. 7 - 10, 199 lb.

Blackman, J.: „Psychodynamic techniques during urgent consultation interviews”, *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 3, pp. 194 - 203, 1994.

Blackman, J.: „Teaching psychodynamic technique during an observând analytic psychotherapy interview”, *Academic Psychiatry*, 35, pp. 148 - 154, 1997.

Blackman, J.: *Bizet's Carmen on the couch.*, VA: Virginia Opera Voice, Noefolk, 2000.

Blackman, J.: „On childless stepparents”. În Cath, S. & Shopper, M. (Ed.), *Stepparenting: Creating and recreating families în America today* (pp. 168 - 182)., NJ: The Analytic Press, Hillsdale, 2001.

Blackman, J.: „DCM: *Diagnostic & Clinical Manual of disturbances în mental functioning*”, VA: Colley Press, Norfolk, 2002.

Blackman, J.: „Dynamic supervision concerning a patient's request for medication”, *Psychoanalytic Quarterly*, 72, pp. 469 - 475, 2003.

Blatt, S.: „The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patiens: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, pp. 691 - 724, 1992.

Blatt, S., McDonald, C. & Sugarman, A.: „Psychodynamic theories of opiate addiction: New directions for research”, *Clinical Psychology Review*, 4, pp. 159 - 189, 1984.

Blatt, S., Rounsaville, B., Eyre, S. et al.: „The psychodynamics of opiate addiction”, *Journal of Nervous & Mental Disease*, 172, pp. 342 - 352, 1984.

Bleuler, E.: *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, International Universities Press, New York, 1969. (Varianta inițială publicată în 1911).

Bios, P.: *On adolescence*, International Universities Press, New York, 1962.

Bios, B: „Concretization in adolescence”. În *The adolescent Passage*, International Universities Press, New York, 1979.

Blum, H.: „The curative and creative aspects of insight”, *Journal of the American Psychoanalytic*

Association, 27S, pp. 41 - 70, 1979.

Blum, H.: „Object inconstancy and paranoid conspiracy”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, pp. 789 - 813, 1981.

Blum, H.: „The transference in psychoanalysis and psychotherapy”, *Annual of Psychoanalysis*, 10, pp. 117 - 138, 1982.

Blum, H.: „Clinical and developmental dimensions of hate”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, pp. 359 - 376, 1992.

Blum, H.: „The erotic transference: contemporary perspectives”, *Psychoanalytic Inquiry*, 14, pp. 622 - 635, 1994 a.

Blum, H.: „The conceptual development of regression”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, pp. 60 - 79, 1994 b.

Blum, H.: „Seduction trauma: Representation, deferred action, and pathogenic development”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, pp. 1147 - 1164, 1996.

Bogdanovici, R, director: *The last picture show*. <http://filmsite.org/lasta.html>, 197L.

Bomstein, B.: „On latency”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, pp. 279 - 285, 1951.

Boyer, B.: „Psychoanalytic technique in the treatment of certain characterological and schizophrenic disorders”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, pp. 67 - 85, 1971.

Brenner, C.: „The masochistic character: Genesis and treatment”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, pp. 197 - 226, 1959.

Brenner, C., reporter: „Alternations in defenses during psychoanalysis”. *The Kris Study Group of the New York Psychoanalytic Institute, Monograph VI*, International Universities Press, New York, 1975.

Brenner, C.: *The mind in conflict*, International Universities Press, Madison. CT, 1982 a.

Brenner, C.: „The concept of the superego: A reformulation”, *Psychoanalytic Quarterly*, 51, pp. 501 – 525, 1982 b.

Brenner, C.: „Conflict, compromise formation, and structural theory”, *Psychoanalytic Quarterly*, 71, pp. 397 – 418, 2002.

Brenner, I.: „On trauma, perversion, and «multiple personality»”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, pp. 785 – 814, 1996.

Brenner, I.: *Dissociation*. Lucrare prezentată la Annual Meeting of the Virginia Psychoanalytic Society, Charlottesville, VA, 2001.

Breuer, J. & Freud, S.: „Studii despre isterie” (1895). În *Opere XII: Studii despre isterie*, Editura Trei, pp. 71 – 281, 2005.

Brown, M. W: *The runaway bunny*, Harper Collins, New York, 1942.

Buie, D.: „Empathy: Its nature and limitations”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, pp. 281 – 307, 1981.

Busch, F.: „Understanding the patient’s use of free association: An ego psychological approach”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, pp. 407 – 424, 1997.

Calef, V. & Weinshel, E.: „Some clinical consequences of introjection: Gaslighting”, *Psychoanalytic Quarterly*, 50, pp. 44 – 66, 1981.

Card, O. S.: „Ender’s Game”, Tom Doherty Associates, New York, 1991. (Varianta originală publicată în 1977).

Carlson, D.: „Dream mirrors”, *Psychoanalytic Quarterly*, 46, pp. 38 – 70, 1977.

Carlson, R.: „Don’t sweat the small stuff (book series)”, Don’t Sweat Press, divizie a Hyperion Books, New York, <http://www.crimsonbird.com/books/dontsweathtml>, 2002.

Cassem, N.: „The person confronting death”. În A.

Nicholi, Jr. (Ed): *The new Harvard guide to psychiatry*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, MA, 1988.

Cath, S.: „Fathering, infancy to old age: Overview of recent psychoanalytic contributions”, *Psychoanalytic Review*, 73, pp. 469 – 479, 1986.

Cath, S., Kahn, A. & Cobb, N.: *Love and hate on the tennis court: How hidden emotions affect your game*, Charles Scribner's Sons, New York, 1977.

Coates, S. & Person, E.: „Extreme boyhood femininity: Isolated finding or pervasive disorder?”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 24, pp. 702 – 709, 1985.

Coen, S.: „Sexualization as a predominant mode of defence”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, pp. 893 – 920, 1981.

Compton, A., reporter: „Aspects of psychoanalytic intervention”, *The Kris Study Group of the New York Psychoanalytic Institute, Monograph VI*, International Universities Press, New York, 1975.

Cukor, G., Director: *Gaslight*, Warner Brothers, <http://www.filmsite.org/gast.html>, 1944.

Cutter, F.: *Suicide prevention triangle* (Chapter 5: Assessment), 2002. <http://www.suicidepreventtriangle.org/Suichap5.htm>.

Davis, T., Gunderson, J. & Myers, M.: „Borderline personality disorders”. În D. Jacobs (Ed.): *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, Jossey-Bass, San Francisco, 1999.

Dean, J.: *Blând ambition*, Simon and Schuster, New York, 1976.

Deutch, E.: *On the mysterious leap from the mind to the body*, International Universities Press, New York, 1959.

Deutch, H.: „Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizofrenia”. În *Neuroses and character types: Clinical psychoanalytic studies* (pp. 262 – 281), International Universities Press, New York, 1965.

(Varianta originală publicată în 1942).

Dorpat, T.: „Structural conflict and object relations conflict”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, pp. 855 – 874, 1976.

Dorpat, T.: *Denial and defense in the therapeutic situation*, NJ: Aronson, Northvale, 1984.

Dorpat, T.: *Gaslighting, the double-whammy, interrogation, and other methods of covert control in psychotherapy and analysis*, NJ: Aronson, Northvale, 2000.

Dorpat, T. & Boswell, J.: „An evaluation of suicidal intent in suicide attempts”, *Comprehensive Psychiatry*, 4, pp. 117, 1964.

Easser, R.: „Empathic inhibition and psychoanalytic technique”, *Psychoanalytic Quarterly*, 43, pp. 557 – 580, 1974.

Edelman, G.: *Bright ar, brilliant fire*, Basic Books, New York, 1992. Erikson, E.: *Childhood and society*, W.W. Norton, New York, 1950. Erikson, E.: *Identity: Youth and Crisis*, Faber & Faber, London, 1968.

Escoll, P.: „Vicissitudes of optimal distance through the life cycle”. În S. Kramer & Akhtar (Eds.), *When the body speaks: Psychological meanings in kinetic cues*, NJ: Aronson, Northvale, 1992.

Esman, A.: „The stimulus barrier: A review and reconsideration”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 38, pp. 193 – 207, 1983.

„Everything Preschool”, recenzie la *The runaway bunny*, 2002. <http://www.everythingpreschool.com/book/book23.htm>.

Feder, S.: „On being frank”, *International Review of Psycho-Analysis*, 1, pp. 277 – 281, 1974.

Feigenbaum, D.: „Depersonalization as a defense mechanism”, *Psychoanalytic Quarterly*, 6, pp. 4 – 11, 1937.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G. & Muñoz, R.: „Diagnostic criteria for use in psychiatric research”, *Archives of General Psychiatry*, 26, pp. 57 – 63, 1972.

Ferenczi, S.: „The symbolism of the bridge”. *International Journal of Psychoanalysis*, 3, pp. 163 – 168, 1922.

Fogel, G.: „Psychological-mindedness as a defense”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43, pp. 793 – 822, 1995.

Freedman, A. & Kaplan, H.: *Comprehensive textbook of psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1967.

Freeman, T.: „Narcissism and defensive processes în schizofrenic states”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, pp. 415 – 425, 1962.

Freud, A.: *Eul și mecanisme de apărare* (1936), Editura Fundației Generația, 2002.

Freud, A.: Conceptul de linii de dezvoltare (pp. 67 – 90). În *Normal și patologic la copil. Evaluări ale dezvoltării* (1956), Editura Fundației Generația, 2002.

Freud, A.: „Love, identification, and superego”. În J. Sandler (Ed.): *The Harvard Lectures, Anna Freud*, International Universities Press, Madison, CT, 1992. (Varianta originală publicată în 1952).

Freud, A., Nagera, H. & Freud, W. E.: „Metapsychological assessment of the adult personality: The adult profile”. În R. Eissler, A. Freud, M. Kris, & A. Solnit (Eds.): *An anthology of the psychoanalytic study of the child – Psychoanalytic assessment: The diagnostic profile*, Yale University Press, New Haven, CT & London, 1979. (Varianta originală publicată în 1965).

Freud, S.: „Un caz de vindecare hipnotică” (1893). În *Opere XII: Studii despre isterie*, Editura Trei, pp. 9 – 22, 2005.

Freud, S.: „Psihonevrozele de apărare” (1894). În *Opere XII: Studii despre isterie*, Editura Trei, pp. 55 – 70, 2005.

Freud, S.: „Proiect de psihologie” (1895). În *Opere XVII: Proiect de psihologie*, Editura Trei, pp. 7 – 145, 2007.

Freud, S.: *Opere IX: Interpretarea viselor* (1900 a), Editura Trei, 2003.

- Freud, S.: *Interpretarea viselor*, capitolul Vb. În *Opere IX*, Editura Trei, 2003 <http://www.psywww.com/books/interp/chap05b.htm>.
- Freud, S.: „Trei eseuri asupra teoriei sexualității” (1905). În *Opere VI: Studii despre sexualitate*, Editura Trei, pp. 31 – 128, 2001.
- Freud, S.: „Observații despre un caz de paranoia (Dementia paranoides) descris autobiografic” (1911). În *Opere VII: Psihologia inconștientului*, Editura Trei, pp. 115 – 174, 2002.
- Freud, S.: „Animism, magie și atotputernicia gândirii” (1913). În *Totem și tabu, Opere IV: Studii despre societate și religie*, Editura Trei, pp. 275 – 291, 2000.
- Freud, S.: „Pentru a introduce narcisismul” (1914). În *Opere III: Psihologia inconștientului*, Editura Trei, pp. 33 – 56, 2000.
- Freud, S.: „Amintire, repetiție și elaborare” (1914). În *Opere XI: Tehnica psihanalizei*, Editura Trei, pp. 137 – 147, 2004.
- Freud, S.: „Câteva tipuri de caracter din practica psihanalitică” (1916). În *Opere I: Eseuri de psihanaliză aplicată*, Editura Trei, pp. 217 – 240, 1999.
- Freud, S.: „Doliu și melancolie” (1917). În *Opere III: Psihologia inconștientului*, Editura Trei, pp. 145 – 161, 2000.
- Freud, S.: „Psihologia maselor și analiza Eului” (1921). În *Opere IV: Studii despre societate și religie*, Editura Trei, pp. 49 – 106, 2000.
- Freud, S.: „Eul și se-ul” (1923). În *Opere III: Psihologia inconștientului*, Editura Trei, pp. 215 – 256, 2000.
- Freud, S.: „Inhibiție, simptom, angoasă” (1926). În *Opere V: Inhibiție, simptom, angoasă*, Editura Trei, pp. 199 – 264, 2001.
- Freud, S.: „Despre tipurile libidinale”, *Opere VI*, Editura Trei, 2001

Freud, S.: „Analiză cu final și analiză nesfârșită” (1937 c). În *Opere XI: Tehnica psihanalizei*, Editura Trei, pp. 283 – 322, 2004.

Frosch, J.: „The psychotic character: Clinical psychiatric considerations”, *Psychiatric Quarterly*, 38: pp. 1-16, 1964.

Frosch, J.: „Psychoanalytic considerations of the psychotic character”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, pp. 24 – 50, 1970.

Frosch, J.: *The psychotic process*, International Universities Press, New York, 1983.

Frosch, J.: *Psychodynamic psychiatry: Theory and practice, Vols. 1 & 2*, International Universities Press, Madison, CT, 1990.

Gabbard, G.: *Tratat de psihiatrie psihodinamică*, Editura Trei, 2007 Galenson, E. & Roiphe, H.: „Impact of early sexual discoveries on mood, defensive organization, symbolization”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, pp. 195 – 216, 1971.

Gardner, R.: „You’re not a paranoid schizophrenic; you only have multiple personality disorder”, *Academy Forum*, 38 (3), pp. 11 – 14, 1994.

Garma, A.: „Present thoughts on Freud’s theory of dream hallucination”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, pp. 485 – 494, 1969.

Gilligan, C.: „Effects of social institutions on the moral development of children and adolescents”, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44, pp. 498 – 516, 1980.

Gillman, R.: „Narcissistic defense and learning inhibition”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, pp. 175 – 189, 1994.

Glasser, M.: „Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, pp. 493 – 504, 1992.

Glover, E.: *The technique of psychoanalysis*, International Universities Press, New York, 1955.

Glover, E.: „Aggression and sado-masochism”. În I.

Rosen (Ed.): *Pathology and treatment of sexual deviation*, (pp. 146 – 162), London: Oxford, 1964.

Goldberg, A.: „Discussion of the paper by C. Hanly and J. Masson: «A critical examination of the new narcissism»”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 57, pp. 67 – 70, 1976.

Goldberger, M.: „The twoman phenomenon”, *Psychoanalytic Quarterly*, 57, pp. 229 – 233, 1988.

Goldstein, W.: *Begining psychotherapy*, Brunner/Mazel, New York, 1997.

Gorelik, B.: „Certam reaction-formations against oral impulses”, *International Journal of Psycho - Analysis*, 12, pp. 231 – 232, 1931.

Gray, P.: *The ego and the analysis of defense*, NJ: Aronson, Northvale, 1994.

Greenacre, P.: „Experiences of awe in childhood”. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, pp. 9 – 30, 1956.

Greenson, R.: „The psychology of apathy”, *Psychoanalytic Quarterly*, 18, pp. 290 – 302, 1949.

Greenson, R.: „The working alliance and the transference neuroses”, *Psychoanalytic Quarterly*, 34, pp. 155 – 181, 1965.

Greenson, R.: *The technique and practice of psychoanalysis*, International Universities Press, New York, 1967.

Greenson, R.: „Disidentifying from the mother”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, pp. 370 – 374, 1968.

Hamilton, N. G.: *Self and others: Object relations theory in practice*, NJ: Aronson, Northvale, 1990.

Harley, M. & Sabot, L.: „Conceptualizing the nature of the therapeutic action of child analysis”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, 161 – 179, 1980.

Hartman, H.: *Ego psychology and the problem of adaptation*, International Universities Press, New York, 1939.

Hartman, H.: „Comments on the psychoanalytic

theory of the ego". În *Essays on ego psychology* (pp. 113 - 141), International Universities Press, New York, 1981. (Varianta originală publicată în 1950).

Hartman, H.: „Contribution to the metapsychology of schizophrenia”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 8, pp. 177 - 198, 1953.

Hartman, H.: „Notes on the theory of sublimation”. *Psychoanalytic Study of the Child*, 10, pp. 9 - 30, 1955.

Hoch, P. & Polatin, P.: „Pseudoneurotic forms of schizophrenia”, *Psychiatric Quarterly*, 23, pp. 248 - 276, 1949.

Holliman, J.: *McFarlane: Embarrassment may have caused Boorda's suicide*. <http://Europe.cnn.com/US/9605/17/fatal.flaw/>, 1996.

Holocaust Educational Research, 2002. <http://www.nizkor.org>.

Holt, R.: „Quantitative Research on the primary process: Method and findings”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, pp. 457 - 482, 2002.

Hopkins, T.: *Women Napoleon loved*. Eveleigh Nash. http://www.ddg.com/LIS/Info_DesignF97/cum/desiree.html, 1910.

Howard, P.: *The death of common sense: How law is suffocating America*, Warner Books, New York, 1996.

Jackson, M.: *The way you make me feel*, 1987. <http://www.michaeljackson.com/video/Way.ram>.

Jacobs, D. (Ed.): *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, Jossey-Bass, San Francisco, 1999.

Jacobs, D., Brewer, M. & Klein-Benheim, M: „Suicide assessment: An overview and recommended protocol”. În D. Jacobs (Ed.): *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, Jossey-Bass, San Francisco, 1999.

Jacobson, E.: „Normal and pathological moods: Their nature and functions”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 12, pp. 73 - 113, 1957.

Jacobson, E.: *The self and the object world*, International Universities Press, New York, 1964.

Jewison, N., director: *Best Friends*. Warner Brothers.
[http://www.citypaper.com/1999 - 12 - 01 /rewind.html](http://www.citypaper.com/1999-12-01/rewind.html), 1982.

Johnson, A. & Szureck, S.: „The genesis of antisocial acting out in children and adolescents”, *Psychoanalytic Quarterly*, 21, pp. 323 - 343, 1952.

Jones, E.: „The concept of a normal mind”, *International Journal of Psycho - Analysis*, 23, pp. 1 - 8, 1942.

Jones, R. A.: „Emile Durkheim: An introduction to four major works”, CA: Sage, Beverly Hills, 1986.
[http://www.relst. uiuc.edu / durkheim/Summaries /suicide.html](http://www.relst.uiuc.edu/durkheim/Summaries/suicide.html), 2002

Kanzer, M.: „Past and present in the transference”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, pp. 144 - 154, 1953.

Kaplan, D.: „Some teoretical and tehcnical aspects of gender and social reality in clinical psychoanalysis”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, pp. 3 - 24, 1990.

Kaplan, E.H. & Blackman, L.: „The husband's role in psychiatric illness associated with childbearing”, *Psychiatric Quarterly*, 43, pp. 396 - 409, 1969.

Karpman, B: Din „The autobiography of a liar: Toward the clarification of the problem of psychopatic states”, partea a II-a, *Psychiatric Quarterly*, 23, pp. 497 - 521, 1949. Abstract de Biernoff, J., în *Psychoanalytic Quarterly*, 20, pp. 151 - 152, 1951.

Kasdan, L.: *Body Heat*, 1981.
<http://www.suntimes.com/ebert/ebertreviews/1999/01/body0929.html>, 1981.

Kaslow, N., Reviere, S., Chance, S., Rogers, J., Hatcher, C., Wasserman, E, Smith, L., Jesse, S., James, M. & Seeling, B.: „An empirical study of the psychodynamics of suicide”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, pp. 777 - 796, 1998.

Kaywin, L.: „Problems of sublimations”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, pp. 313 - 334, 1966.

Kernberg, O.: *Borderline conditions and pathological narcissism*, Aronson, New York, 1975.

Kernberg, O.: *Severe personality disorder: Psychotherapeutic strategies*, Yale University Press, New Haven/London, 1984.

Kitayama, O.: „The wounded caretaker and guilt”, *International Review of Psycho-Analysis*, 18, pp. 229 - 240, 1991.

Kluft, R.: „The natural history of multiple personality disorder”, în R. Kluft (Ed.): *Childhood antecedents of multiple personality*, (pp. 197 - 238). American Psychiatric Press, Washington, DC, 1985.

Knight, R.: „Intimidation of others as a defence against anxiety”, *Bulletin of Menninger Clinic*, 6, 4 - 14, 1942. Abstract de Greenson, R., în *Psychoanalytic Quarterly*, 12, p. 443, 1943.

Knight, R.: „Borderline states”. În M. Stone (Ed.): *Essential papers on borderline disorders: 100 years at the border*, University Press, New York, 1986. (Varianta originală publicată în 1954).

Kohut, H.: „Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, pp. 459 - 483, 1959.

Kohut, H.: *The analysis of the self*, International Universities Press, New York, 1971.

Kramer, S.: „The technical significance and application of Mahler's separation-individuation theory”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 (S), pp. 241 - 262, 1971.

Kramer, S.: „Object-coercive doubting: A pathological defensive response to maternal incest”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31 S, pp. 325 - 351,

1983.

Kramer, S.: „Nonverbal manifestations of unresolved separation-individualion în adult psychopathology”. În S. Kramer & S. Akhtar (Eds.): *When the body speaks: Psychological meaning în kinetic cues*, NJ: Aronson, Northvale, 1992.

Kris, E.: *Psychoanalytic explorations in art*, International Universities Press, New York, 1952.

Kubie, L. & Israel, H.: „Say you're sorry”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 10, pp. 289 - 299, 1955.

Lachmann, F. & Stolorow, R.: „Idealization and grandiosity: Developmental considerations and treatment implications”, *Psychoanalytic Quarterly*, 45, pp. 565 - 587, 1976.

Lampl-de-Groot, J.: „Some thoughts on adaptation and conformism”. În R. Loewenstein, L. Newmann, M. Schur, & A. Solnit (Eds.): *Psychoanalysis - A generat psychology. Essays în honor of Heinz Hartmann* (pp. 190 - 221), International Universities Press, New York, 1966.

Langs, R.: *The technique of psychodynamic psychotherapy*, NJ: Aronson, Northvale, 1973.

Launer, D.: *My Cousin Vinny*, <http://www.foxhome.com/capsule/vinny.htm>, 1992.

Laurents, A., Bernstein, L., Sondheim, S. & Robbins, J.: *West și de story*, Random House, New York, 1956.

LeRoy, M.: *A majority of one*. <http://www.rottentomatoes.com/m/AMajorityofOne-1045419/about.php>, 1961.

Levin, E.: „The neuroimmune network and its relevance to psychoanalysis”, *Psychoanalytic Quarterly*, 71, pp. 617 - 627, 2002.

Levy, S. & Inderbitzin, L.: „Negativism and countertransference”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, pp. 7 - 30, 1989.

Lewin, B.: *The psychoanalysis of elation*, Norton, New York, 1950.

Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S. et al: „The

intrafamilial environment of schizophrenic patients, II Marital schism and marital skew", *American Journal of Psychiatry*, 114, pp. 241, 1957.

Litman, R. & Tabachnick, N.: „Fatal one-car accidents", *Psychoanalytic Quarterly*, 36, pp. 248 - 259, 1967.

Loeb, E: „Generalization as a defense", *Psychoanalytic Study of the Child*, 37, pp. 405 - 419, 1982.

Loeb, F. & Loeb, L.: „Psychoanalytic observations: Effect of lithium in manic attacks", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, pp. 877 - 902, 1987.

Loewenstein, R.: „A contribution to the psychoanalytic theory of masochism", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5, pp. 197 - 234, 1957.

Loewenstein, R.: „Development in the theory of transference in the last fifty years", *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, pp. 583 - 588, 1969.

Loewenstein, R.: „Ego autonomy and psychoanalytic technique", *Psychoanalytic Quarterly*, 41, pp. 1 - 22, 1972.

Lorand, S.: „Dynamics and therapy of depressive states", *Psychoanalytic Review*, 24, pp. 337 - 349, 1937.

Lustman, S.: „Impulse control, structure, and the synthetic function". In R. Loewenstein, L. Newmann, M. Schur & A. Solnit

(Eds.): *Psychoanalysis - A general psychology. Essays in honor of Heinz Hartmann* (pp. 190 - 221), International Universities Press, New York, 1966.

MacGregor, J.: „Identification with the victim", *Psychoanalytic Quarterly*, 60, pp. 53 - 68, 1991.

Mahler, M.: „Tics and impulsions in children: A study of motility", *Psychoanalytic Quarterly*, 13, pp. 430 - 444, 1944.

Mahler, M.: *On human symbiosis and the vicissitudes of individuality*, International Universities Press, New York, 1968.

Mahler, M., Pine, E & Bergman, A.: *The*

psychological birth of the human infant, Basic Books, New York, 1975.

Marcus, I.: „The marriage-separation pendulum”. În I. Marcus (Eds.): *Curentes în psychoanalysis*, International Universities Press, New York, 1971.

Marcus, I.: „Countertransference and the psychoanalytic process in children and adolescents”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 35, pp. 285 - 298, 1980.

Marcus, I.: „Learning disabilities in children”. În S. Greenspan & G. Pollock (Eds.): *The course of life*, International Universities Press, New York, 1991.

Marcus, I. & Francis, J.: „Developmental aspects of masturbation”, în I. Marcus & J. Francis (Eds.): *Masturbation from infancy to senescence*, International Universities Press, New York, 1975.

Mason, J.: „Münchhausen Syndrome by Proxy”. <http://www.emedicine.com/emerg/topic830.htm>, 2001.

McCullers, C.: „Wunderkind”, *Story*, 9, pp. 61 - 73, decembrie, 1936. McDevitt, J.: *Lecture*, Medical School Department of Psychiatry, Louisiana State University, 1976.

McDevitt, J.: „The emergence of hostile aggression and its defensive and adaptive modifications during the separation-individualization process”. În H. Blum (Ed.): *Defense and resistance* (pp. 273 - 300), International Universities Press, New York, 1985.

Medical Council on Alcohol: *Prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome (WKS) in accident & emergency departments (A & E)*, 2000. www.medicouncilalcol.demon.co.uk/wks.htm.

Meers, D.: „Masturbation and the ghetto”. În I. Marcus & J. Francis (Eds.): *Masturbation from infancy to senescence*, International Universities Press, New York, 1975.

Meissner, W.: „Notes on dreaming: dreaming as a cognitive process”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, pp. 699 - 708, 1968.

- Meissner, W.: „Notes on identification”, *Psychoanalytic Quarterly*, 39, pp. 563 – 589, 1970.
- Meissner, W.: „Notes on identification II Clarification of related concepts”, *Psychoanalytic Quarterly*, 40, pp. 277 – 302, 1971.
- Menninger, K.: „Psychoanalytic aspects of suicide”. *International Journal of Psycho-Analysis*, 14, pp. 376 – 390, 1933.
- Molière, J. de.: *The misanthrope*, Dover Press, Mineola, NY, 1992. (Varianta originală publicată în 1666).
- Molière, J. de.: *Le Misanthrope ou L'Atrabilaire Amoureux*, Classiques Bordas, Paris, France, 1994. (Varianta originală publicată în 1666).
- Moore, B. & Rubinfine, D.: „The mechanism of denial”. *The Kris Study Group of the New York Psychoanalytic Institute, Monograph III*. International Universities Press, New York, 1969.
- Niederland, W.: „The survivor syndrome: Further observations and dimensions”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, pp. 413 – 426, 1981.
- Novick, J. & Novick, K.: *Fearful symmetry: The development and treatment of sado-masochism*, NJ: Aronson, Northvale, 1996.
- Oliver, J.: „Successive generations of child maltreatment. The children”, *British Journal of Psychiatry*, 153, pp. 453 – 553, 1988.
- Panigua, C.: „Negative acting in”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, pp. 1209 – 1223, 1997.
- Panigua, C.: Personal communication, 1999.
- Parens, H.: „Aggression: A reconsideration”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21, pp. 34 – 60, 1973.
- Parens, H.: „Girls psychosexual development”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 743 – 772, 1990.
- Parens, H., Pollock, L., Stem, J. & Kramer, S.: „On the

girls entry into the oedipus complex", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24S, pp. 79 - 107, 1976.

Pine, F.: *Drive, ego, object, self*, Basic Books, New York, 1990.

Plath, S.: *The bell jar*, Harper Collins, New York, 2000.

Pullman, P.: *The golden compass*, Alfred A. Knopf, New York, 1996.

Racker, H.: „A contribution to the problem of countertransference", *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, pp. 313 - 324, 1953.

Ramis, H., Director: *Analyze this*,
[http://www.rottentomatoes.com/m/Analyze This-1084884/reviews.php](http://www.rottentomatoes.com/m/Analyze_This-1084884/reviews.php), 1998.

Raphling, D.: „The interpretation of daydreams!", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, pp. 533 - 547, 1996.

Reddy, H.: „Delta dawn". Capitol Records.
<http://www.superseventies.com/19737singles.html>, 1973.

Renik, O.: „The role of attention in depersonalization", *Psychoanalytic Quarterly*, 47, pp. 588 - 605, 1978.

Renik, O.: „Playing one's cards face up in analysis", *Psychoanalytic Quarterly*, 68, pp. 521 - 540, 1999.

Rexford, E.: *A developmental approach to problems of acting out*, International Universities Press, New York, 1978.

Rochlin, G.: *Griefs and discontents: The forces of change*, Little, Brown, Boston, 1965.

Rosengrant, J.: „The anal world of a six-year-old boy", *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, pp. 1233 - 1243, 1995.

Rosenbaum, M.: „The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality", *Archives of General Psychiatry*, 37, pp. 1383 - 1385, 1980.

Rothstein, J.: „An exploration of the diagnostic term 'narcissistic personality disorder', *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, pp. 893 - 912, 1979.

Sandler, J.: „On the concept of superego", *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, pp. 128 - 162, 1960.

Sandler, J.: „On the structure of internal objects and internal object relationships", *Psychoanalytic Inquiry*, 10, pp. 163 - 181, 1990.

Sandler, J. & Freud, A.: „Discussion: The ego & the mechanism of defense", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 31 (S), pp. 19 - 146, 1983.

Schäfer, R.: *Aspects of internalization*, International Universities Press, New York, 1977.

Schilder, P.: „The relations between clinging and equilibrium", *International Journal of Psycho-Analysis*, 20, pp. 58 - 63, 1939.

Schilder, P. & Wechsler, D.: „What do children know about the interior of the body?", *International Journal of Psycho-Analysis*, 16, pp. 355 - 360, 1939.

Schneider, K.: *Clinical psychopathology*, Grune & Stratton, New York, 1959.

Schur, M.: „Comments on the metapsychology of somatization", *Psychoanalytic Study of the Child*, 10, pp. 119 - 164, 1955.

Schur, M.: *The id and the regulatory principles of mental functioning*, International Universities Press, New York, 1966.

Sederer, L. & Rothschild, A.: *Acute care psychiatry: Diagnosis & Treatment*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1997.

Settlage, C.: „The psychoanalytic understanding of narcissistic and borderline personality disorders: Advances in developmental theory", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, pp. 805 - 833, 1977.

Settlage, C.: „Therapeutic process and developmental process in the restructuring of object and self constancy", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, pp.

473 - 492, 1993.

Schneidman, E.: „Perturbation and lethality: A psychological approach to assessment and intervention”. În D. Jacobs (Ed.): *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, Jossey-Bass, San Francisco, 1999.

Slavson, S.: *A textbook in analytic group psychotherapy*, International Universities Press, New York, 1969.

Spencer, T.: „Pharmacologic treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children”, *CME*. <http://www.medscape.com/viewprogram/1927>, 2002.

Sperling, M.: „The psycho-analytic treatment of ulcerative colitis”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, pp. 341 - 349, 1957.

Sperling, O.: „Exaggeration as a defense”, *Psychoanalytic Quarterly*, 32, pp. 533 - 548, 1963.

Spiegel, R.: „Faces of truth in the psychoanalytic experience”. *Contemporary Psychoanalysis*, 21, pp. 254 - 265, 1985.

Spruiell, V.: „On blaming: An entry to the question of values”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 44, pp. 241 - 263, 1989.

Stewart, R. & Levine, M.: „Individual psychotherapy”. În A. Freedman & H. Kaplan (Eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1212 - 1214). Williams and Wilkins, Baltimore, 1967.

Stone, L.: *The psychoanalytic situation: An examination of its development and essential nature*, International Universities Press, New York, 1961.

Sutherland, J.: „The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, pp. 829 - 860, 1980.

Symonds, P.: *The dynamics of human adjustment*, D. Appleton-Century, New York & London, 1946.

Tarachow, S.: *An introduction to psychotherapy*.

International Universities Press, New York, 1963.

Target, M.: „The recovered memories controversy”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, pp. 1015 – 1028, 1998.

Tillis, P.: *Cleopatra, queen of denial*, <http://www.arracis.com.un/Pam/cleopatra.htm>, 2000.

Tolpin, M.: „On the beginnings of a cohesive self: An application of the concept of transmuting internalization to the study of the transitional object and signal anxiety”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, pp. 316 – 352, 1971.

Trece, C. & Khantzian, E.: „Psychodynamic factors in the development of drug dependence”, *Psychiatric Clinics of North America*, 9, pp. 399 – 412, 1986.

Turrow, S.: *One L*, Warner Books, New York, 1977.

U. S. Public Health Service: *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*, Washington, DC, 1999. <http://www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/calltoaction.htm>.

Vaillant, G.: *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*, American Psychiatric Press, Washington/London, 1992.

Volkan, V: *Primitive internalizând object relations: A clinical study of schizophrenic, borderline, and narcissistic patients*, International Universities Press, New York, 1976.

Volkan, V: *Linking objectsjind linking phenomena*, International Universities Press, New York, 1987 a.

Volkan, V: *Six steps in the treatment of borderline personality organization*, NJ: Aronson, Northvale, 1987 b.

Volkan, V: *Presentation to the Virginia Psychoanalytic Society*, Richmond, VA, 1999.

Volkan, V. & Comey, R.: „Some considerations of satellite states and satellite dreams”, *British Journal of Medical Psychology*, 41, pp. 283 – 290, 1968.

Waelder, R.: „The principle of multiple function: Observations on overdetermination”, *Psychoanalytic Quarterly*, 5, pp. 45 – 62, 1936.

Wagner, R.: *Die Walküre*, 1870.

<http://www.metopera.org/synopses/walkure.html>.

Waugman, R.: „Experiences of schizophrenia: An integration of the personal, scientific, and therapeutic”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, pp. 395 – 939, 1996.

Weigert-Vowinckel, E.: „A contribution to the theory of schizophrenia”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 17, pp. 190 – 201, 1936.

Weiss, R. & Hufford, M.: „Substance abuse and suicide”. În D. Jacobs (Ed.): *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*, Jossey-Bass, San Francisco, 1999.

Weiss, S. S.: „The two-woman phenomenon”, *Psychoanalytic Quarterly*, 56, pp. 271 – 286, 1987.

Werman, D.: „Suppression as a defense”. În H. Blum (Ed.): *Defense and resistance* (pp. 405 – 415), International Universities Press, New York, 1985.

White House: *Theodore Roosevelt*, 2002.
<http://www.whitehouse.gov/history/presidents/tr26.html>.

Whitmer, G.: „On the nature of dissociation”, *Psychoanalytic Quarterly*, 70, pp. 807 – 837, 2001.

Willick, M.: „On the concept of primitive defenses”. În H. Blum (Ed.): *Defense and resistance* (pp. 175 – 200). International Universities Press, New York, 1985.

Willick, M.: „The deficit syndrome în schizophrenia: Psychoanalytic and neurobiological perspectives”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, pp. 1136 – 1157, 1993.

Wilson, C.P., Hogan, C. & Mintz, I.: *Psychodynamic technique in the treatment of the eating disorders*, NJ: Aronson, Northvale, 1992.

Wimer, L.: „Understanding negative hallucination: Toward a developmental classification of disturbances în reality awareness”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, pp. 437 – 463, 1989.

Winnicott, D.: „The use of an object”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, pp. 711 – 716,

1969.

Wolf, E.: „Narcissistic lust and other vicissitudes of sexuality”, *Psychoanalytic Inquiry*, 14, pp. 519 - 534, 1994.

Wurmser, L.: „Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, pp. 820 - 843, 1974.

Wurmser, L.: „A defense of the use of metaphor in analytic theory formation”, *Psychoanalytic Quarterly*, 46, pp. 466 - 498, 1977.

Wurmser, L.: „Flight from conscience: Experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, I: Dynamic sequences, compulsive drug use”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, pp. 157 - 168, 1987.

Zetzel, E.: „Current concepts of transference”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, pp. 369 - 375, 1956.

Zetzel, E.: „The so-called good hysteric”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, pp. 256 - 260, 1968.

Zwerling, I.: „The favorite joke in diagnostic and therapeutic interviewing”, *Psychoanalytic Quarterly*, 24, pp. 104 - 114, 1955.



Tiparul executat la *Graficprint* www.graficprint.eu e-mail: comenzigraficprint.eu